

RITA ESMANHOTO

**INFECÇÃO HOSPITALAR:
ESTUDO DE ESTRATÉGIAS PARA SEU CONTROLE**

Dissertação apresentada ao Mestrado de
Medicina Interna da Universidade Federal
do Paraná, como requisito parcial à obten-
ção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Terezinha Carneiro Leão Leme

CURITIBA
1993

Dedico este esforço à memória de meu pai, o professor Lauro Esmanhoto e a de meu irmão Paulo.

Dedico também a Júlia e Nizan, queridos companheiros de viagem pela vida.

Agradecimentos

Agradeço profundamente a fé que encontrei na Dra. Maria Terezinha Ramos Carneiro Leão Leme ao longo desse trabalho e do tempo da nossa amizade.

Agradeço ao Secretário de Saúde do Paraná, Nizan Pereira Almeida, cuja sensibilidade, decisão e coragem política viabilizaram um programa de controle de infecção hospitalar para os cidadãos paranaenses.

Agradeço a bibliotecária Márcia Siqueira Lopes pelo seu empenho pessoal na organização das referências bibliográficas.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	iv
LISTA DE QUADROS	v
RESUMO	vii
SUMMARY	viii
1 INTRODUÇÃO	1
2 CASUÍSTICA E MÉTODOS	15
2.1 DO CURSO	15
2.2 DA AVALIAÇÃO	17
3 RESULTADOS	20
3.1 DOS EGRESSOS	20
3.2 DOS HOSPITAIS	29
4 DISCUSSÃO	51
4.1 DOS EGRESSOS	51
4.2 DOS HOSPITAIS	64
5 CONCLUSÃO	103
6 ANEXOS	105
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119

LISTA DE FIGURAS

1	RESPOSTAS DOS EGRESSOS AO QUESTIONÁRIO	20
2	RESPOSTAS DOS HOSPITAIS AO QUESTIONÁRIO	29
3	TIPOS DE HOSPITAIS QUE RESPONDERAM AO QUESTIONÁRIO ...	30
4	CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS PÚBLICOS	31
5	CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS PRIVADOS	32
6	ESPECIALIDADES DOS HOSPITAIS	33
7	PORTE DOS HOSPITAIS	34
8	EXISTÊNCIA DE COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPI- TALAR	35
9	TEMPO DE TRABALHO COM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	36
10	SERVIÇOS DE LIMPEZA	46
11	COMISSÕES PARTICIPANTES NA AQUISIÇÃO DE MATERIAL	47
12	DEMONSTRAÇÃO DE TAXAS DE INFECÇÃO HOSPITALAR	49

LISTA DE QUADROS

1	NÚMERO DE TREINANDOS POR CURSO REALIZADO	18
2	PROFISSÃO DOS EGRESSOS	21
3	ATIVIDADES DOS EGRESSOS EM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	21
4	PROFISSÃO DOS EGRESSOS QUE NUNCA TRABALHARAM EM COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	22
5	MOTIVO DE NÃO TER TRABALHADO EM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	23
6	TEMPO DE TRABALHO EM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR DOS EGRESSOS QUE JÁ NÃO ESTAVAM TRABALHANDO NO MOMENTO DA PESQUISA	24
7	MOTIVO DO ABANDONO DO TRABALHO PELOS EGRESSOS	24
8	ASPIRAÇÃO DOS EGRESSOS EM RELAÇÃO AO TRABALHO	25
9	MOTIVO DO ABANDONO DO TRABALHO DOS MÉDICOS	25
10	MOTIVO DO ABANDONO DO TRABALHO DOS ENFERMEIROS	26
11	PROFISSÃO DOS EGRESSOS QUE ESTAVAM TRABALHANDO COM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	27
12	CARGA HORÁRIA DOS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE TREINAMENTO	27
13	DIFICULDADES ENCONTRADAS NO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	28
14	COMPOSIÇÃO DAS C.C.I.H.	37
15	CARGA HORÁRIA DIÁRIA DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS NAS C.C.I.H.	38
16	FUNCIONAMENTO DA C.C.I.H.	38
17	CARGA HORÁRIA DOS PROFISSIONAIS E PERIODICIDADE DAS REUNIÕES	39
18	ATRIBUIÇÕES DAS C.C.I.H.	41

	RIOLOGISTA NA C.C.I.H.	43
20	PADRONIZAÇÃO DOS GERMICIDAS	43
21	EQUIPAMENTOS USADOS PARA ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS ..	44
22	TIPOS DE TESTES DE ESTERILIDADE USADOS	45
23	PROCEDIMENTOS NORMALIZADOS	48

RESUMO

O presente estudo avalia 261 profissionais de saúde egressos dos Cursos de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde e 57 instituições hospitalares participantes dos cursos através de seus representantes indicados. Os cursos foram realizados pelo Centro de Treinamento do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. O objetivo dos cursos era capacitar aqueles profissionais a implantar e implementar Comissões de Controle de Infecção Hospitalar. Ao final de 5 anos de treinamentos, somente 15 profissionais continuavam trabalhando com controle de infecção hospitalar, mas apenas 5 (os do próprio Centro de Treinamento) faziam uma carga horária diária considerada adequada pelos padrões ministeriais. Os hospitais examinados, em sua maioria, ainda não haviam constituído suas Comissões ou desempenhavam apenas uma pequena parte do elenco das funções consideradas necessárias ao desenvolvimento de um programa efetivo de controle de infecção hospitalar. Este trabalho estuda os motivos para esses resultados frustrantes e apresenta estratégias que se mostraram mais eficazes para o controle da infecção hospitalar no Estado do Paraná.

SUMMARY

This study evaluates 261 professionals of health who attended Courses, given by the Ministry of Health, on the Control of Nosocomial Infection, and 57 hospitals which also took part in these courses through their chosen representatives. The courses were given by the Training Centre of the "Hospital de Clínicas" (General Hospital) of the Federal University of Paraná. The target of the courses was to enable those professionals to start and implement Committees to Control the infection in hospitals. At the end of 5 years of training, only 15 professionals were still working with Control of infection and only 5 (the ones of the Training Centre itself) had a working schedule which was considered adequate by the ministerial patterns. The majority of the hospitals which were observed had not established their committees or were only performing part of the range of the necessary functions to the development of an effective programme for the control of infection in the hospitals. This piece of work studies the reasons for these frustrating results and presents strategies which were proved to be more efficient to the control of infection in the hospitals in the State of Paraná.

1 INTRODUÇÃO

Um dia vinte e um de abril, dia de Tiradentes, ficará gravado para sempre na memória do povo brasileiro. Nesse dia, no ano de 1985, precisamente às 22:23 horas, após uma batalha de 38 dias, em que foi operado sete vezes, morria o presidente Tancredo Neves, eleito presidente da República com 480 votos no Colégio Eleitoral, após vinte e um anos de ditadura militar.

Uma cirurgia de emergência, absolutamente inesperada, começou o sofrimento do homem cujo objetivo, era fazer "neste país hoje e sempre, instituições democráticas indestrutíveis e inabaláveis". (TANCREDO, jan. 1985).

Começou ali também, o sofrimento do povo brasileiro, que acompanhou atento e emocionado, mas sem entender, a doença de seu presidente. Nomes ainda inéditos na imprensa nacional como Pseudomonas sp., Enterobacter sp., Actinomyces sp., Actinobacillus sp., passaram a fazer parte do cotidiano dos noticiários e conversas entre as pessoas. Um sofrimento popular tornado ainda maior pela ocultação de fatos, de contradição de informações e desencontros entre equipes médicas.

Nos seus últimos dias, a vida do presidente dependeu sempre e completamente de equipamentos e medicamentos sofisticados, a maioria importados.

À medida que seu estado de saúde se agravava, novos equipamentos eram acrescentados: ventilador pulmonar de volume constante, cânula traqueal, sonda para alimentação parenteral,

um aparelho de diálise, um oxímetro, uma máquina de ultrafiltração, drenos, monitores, sensores para controle da temperatura do corpo, do débito cardíaco, da pressão arterial, cateteres.

Foram sete cirurgias, mas a partir da primeira operação iniciou-se uma luta contra uma infecção, constatada por aparelhos de ultrassonografia e cintilografia. (QUANDO, 1985).

Mas de nada adiantaram as operações posteriores, pouco valeram as doses maciças de antibióticos caros (vindos do Canadá e dos Estados Unidos), e pouco funcionaram os fios, as máquinas, os equipamentos, o que levou o médico cirurgião David Lerer, após ter visto o presidente na Unidade de Tratamento Intensivo, a afirmar: "só Deus poderá salvar a vida do presidente Tancredo Neves, ... porque a infecção continua resistindo e a resistência do organismo do presidente é baixa". (TANCREDO, abr. 1985).

"O Presidente Tancredo Neves não precisava ter sido submetido a uma segunda cirurgia. Diante de exames não conclusivos, optou-se por uma nova cirurgia, sem que nada de anormal fosse encontrado no organismo". (PROCESSO NO CRM, 1987). Esta, a principal conclusão do processo na época em curso no Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, que averiguava os fatos que ocorreram durante a permanência do presidente no Hospital de Base de Brasília.

No relato do Doutor Henrique Walter Pinotti, coordenador e integrante da equipe multiprofissional que atendia o presidente:

No que concerne às infecções, resumidamente deve ser esclarecido que o paciente ao chegar a São Paulo, apresentava candidíase do trato digestivo alto, foco

pneumônico em regressão e infecção na área de incisão cirúrgica. Nos abscessos encontrados, estavam presentes três tipos de microrganismos... muito provavelmente participantes ao lado de outros fatores das crises de bacteremia. A presença dessas bactérias documenta a origem intestinal (endógena) dos focos intra-abdominais. O permanente apoio bacteriológico e imunológico tem sido considerado eficaz. Deve-se ressaltar que a história clínica correspondente à presença de infecção no organismo do Senhor Presidente, vem de um período que, certamente, precede a primeira intervenção cirúrgica. Considerando que o presidente era portador de uma afecção anterior, que agudamente se complicou pela formação de um abscesso, a primeira operação foi classificada como infectada. Isso marcou o desenvolvimento de novos focos de infecção, a despeito de todos os cuidados dispensados pelos colegas de Brasília. Por outro lado, entretanto, além da infecção endógena, não se pode afastar a possibilidade de agravamento do processo por superposição de infecção hospitalar, que pode ocorrer em qualquer hospital do Brasil ou do exterior.

É parecer de nossa equipe que a infecção originária tenha sido agravada pelos seguintes fatores de risco:

- 1º - Retardo na internação hospitalar do paciente
- 2º - Circunstâncias ligadas à sua idade
- 3º - Episódio hemorrágico que contribuiu para debilitar seu organismo.

... a equipe médica vem trabalhando em tempo integral, juntamente com enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas, laboratoristas e psicólogos, todos agindo de maneira harmônica e em alto nível de dedicação e consciência das elevadas responsabilidades assumidas."

Alguns dias após a divulgação desse relatório, o presidente morria de septicemia, conforme registro de seu atestado de óbito, trazendo dor e tragédia ao país, mas também chamando a atenção para um outro quadro, menos divulgado, mas igualmente preocupante e doloroso no Brasil: o da infecção hospitalar.

"Embora as inúmeras versões que a imprensa divulgou tenham deixado dúvidas sobre os reais problemas de saúde que levaram à morte o presidente eleito... surgiu a figura típica de uma bactéria de infecção hospitalar, Pseudomonas cepaceae, que teria impedido a cicatrização da primeira ferida cirúrgica". (FERRARI, 1985).

"... além de pelo menos uma dezena de bactérias que estariam circulando pelo organismo de Tancredo, entre eles, Actinomyces sp., Enterobacter cloacae, Klebsiella pneumoniae, Citrobacter freundii, Haemophilus sp., todas muito resistentes."

Assim, um dos mais lúcidos e queridos homens públicos que a Nação já conheceu, acabaria aumentando as estatísticas de pacientes que contraem e morrem de infecção hospitalar no Brasil. (FERRARI, 1985).

Fenômeno já bastante conhecido em países desenvolvidos, no Brasil, apesar de algumas experiências isoladas de controle de infecção hospitalar na década de 70 (BRASIL, Manual de controle de infecção hospitalar, 1985), somente nos últimos anos da década de 80, o problema começava a ser equacionado.

Um inquérito realizado em 1980 pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões, de caráter nacional, mostrou que apenas 2,7% dos hospitais, serviços e cirurgiões brasileiros, controlavam e registravam a infecção. (FERRAZ, 1981). Esse relatório representava apenas 3,3% do universo consultado.

Pressionados por essa e outras experiências, instituições federais, no ano de 1983, tornaram a infecção hospitalar alvo de um trabalho interministerial que considerava "a necessidade de adoção de medidas efetivas que possibilitem o controle de infecção hospitalar no país, com a finalidade de estudar e propor medidas e instrumentos que visem a orientar o controle de infecções hospitalares no Brasil." (RESOLUÇÃO CIPLAN, 1981).

Essas medidas e instrumentos se materializaram através da obrigatoriedade de todos os hospitais do país de manter Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (C.C.I.H.), consolidada na Portaria nº 196, de 24 de junho de 1983, do Ministério da Saúde. (BRASIL, 1983).

Essa obrigatoriedade, pela Portaria, não distinguia porte ou natureza da instituição mantenedora e, entre outros,

estabelecia critérios para identificação e diagnóstico da infecção hospitalar, classificação das cirurgias por potencial de contaminação e normas para seleção de germicidas em hospitais. Para viabilizar a aplicação desses critérios e normas, entendeu o Ministério da Saúde que seria necessário instrumentar as instituições hospitalares envolvidas, qualificando recursos humanos.

Essa qualificação seria de responsabilidade de um Programa Nacional de Capacitação de Recursos Humanos para o Controle de Infecção Hospitalar. Este programa resultou de um acordo técnico entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), que tinha como objetivo apoiar os hospitais, agora obrigados pela Portaria nº 196/83, ao controle de infecção hospitalar, e à constituição de C.C.I.H. Haveria uma capacitação básica introdutória dirigida a profissionais de saúde de nível superior, com ênfase em médicos e enfermeiros, que após a capacitação teriam como tarefa implantar e/ou implementar as ações de controle de infecção hospitalar, pela constituição de comissões.

Os estabelecimentos hospitalares inicialmente visados eram em especial os hospitais de médio e grande porte. Esse projeto de capacitação envolveu um encontro internacional que forneceu bases para elaboração de um material instrucional, posteriormente testado e publicado como Curso de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar. (BRASIL. Curso de introdução ao controle de infecção hospitalar, 1985). De posse desse material, o Ministério da Saúde desenvolveu cursos macro-regionais para formação de monitores com conseqüente implantação de Centros de Treinamento.

O curso reunia instrumental básico para se realizar vigilância epidemiológica de infecções nosocomiais, adotar rotinas e procedimentos de menor risco na limpeza, desinfecção e esterilização, uso racional de antibióticos e germicidas, além de estimular, incentivar e orientar a criação de C.C.I.H. Para esse programa em 1985, além de recursos da OPAS/OMS, foram alocados pelo Ministério da Saúde, Cr\$ 62.690.000,00 (US\$ 1,00 = Cr\$ 6.420,00), oriundos do Fundo Nacional de Saúde. (SILVA, 1985).

No Paraná, em maio de 1985, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, firmava convênio com o Ministério da Saúde, através do qual passava a ser o vigésimo Centro de Treinamento (UFPR. Histórico da C.C.I.H. HC, 1990) credenciado para administrar o Curso de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar, passando a dar treinamento para profissionais da área da saúde de várias regiões do Estado e de vários estabelecimentos hospitalares públicos e privados.

Assim, à semelhança de um outro caso, o do Presidente dos Estados Unidos, Roosevelt, cujo caso de poliomielite aguda detonou uma campanha vigorosa de vacinação em massa, no Brasil também, a morte de um presidente levou a uma grande ofensiva numa sucessão de cursos e treinamentos, que pretendia, no período de um ano, treinar 4.200 profissionais de nível superior com prioridade para médicos, enfermeiros e farmacêuticos.

Hoje já somam mais de 14.000 profissionais treinados, em quarenta e oito Centros de Treinamento espalhados pelo país (Fonte - Ministério da Saúde).

Um encontro anual desses Centros, realizado em 1989, estabeleceu entre outros objetivos, a necessidade de se escolher prioridades e formular novas diretrizes para a programação das atividades do Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar, além de se proceder a avaliação dos treinandos dos Cursos de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar.

No Estado do Paraná, o Centro de Treinamento do Hospital de Clínicas da Universidade Federal, após seis anos de seu credenciamento, já havia realizado um total de 24 cursos de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar, com 361 treinandos, investindo assim 960 horas aula.

Bactérias precederam o homem em cinco milhões de anos , mas na história da medicina, o aparecimento das infecções hospitalares remonta ao surgimento dos primeiros hospitais (MAJOR, 1954); sua expressão epidemiológica no entanto, paradoxalmente só ocorreu pelo grande desenvolvimento técnico-científico da Medicina, que implicou em um número cada vez maior de procedimentos invasivos e no uso muitas vezes não criterioso e indiscriminado de antimicrobianos.

Procedimentos invasivos, além de seus inerentes riscos de infecção, muitas vezes se acompanham de diminuição da resistência do hospedeiro. O uso indiscriminado de antibióticos leva à resistência bacteriana.

As infecções hospitalares, como todo processo mórbido, envolvem múltiplas causas, ligadas não somente ao hospedeiro (idade e patologia básica) mas também ligadas ao agente e meio ambiente agressores. Tais infecções assumem hoje características de doenças sociais e são um dos principais problemas de

saúde pública, não só pelas suas altas taxas de morbidade e letalidade e a possibilidade de se transmitir, mas também pelas implicações econômico-sociais que trazem, altos custos com seu tratamento e invalidez ou morte dos acometidos.

Além de onerar os serviços públicos de saúde, determinam também prejuízos financeiros de outras instituições públicas e/ou privadas, pela elevação da média de permanência dos pacientes internados, maior número de exames complementares, afastamento do serviço. As infecções hospitalares têm ainda uma outra característica, que implica no tipo das medidas adotadas para seu controle, pois ao contrário de outras infecções, como poliomielite e sarampo, não podem ser alvo de um programa de natureza nacional, só podendo ser controladas no próprio ambiente hospitalar. (BRASIL. Manual de controle de infecção hospitalar, 1985).

No Brasil, como parte de um quadro de transição demográfica e epidemiológica, ao lado do aumento das doenças crônico-degenerativas, é alta a prevalência das doenças infecciosas e parasitárias, sendo grande o número de anos potenciais de vida perdidos em função das mesmas. Dados estatísticos de 1984 estimavam que 5 a 15% dos pacientes internados (que estariam em torno de sete milhões) contraíra infecções hospitalares. (FERRARI, 1985). Alguns especialistas citam incidência em torno de 10%, outros em torno de 30%. Outros autores citavam incidência variando de 6,5% a 15%. (SILVA, 1985; FERRAZ, 1984).

Tais estimativas fizeram variar grandemente entre os autores o número de casos e de mortes, de 300.000 a 1.400.000 casos por ano e de 40.000 a 60.000 óbitos por ano. (SILVA, 1985).

Dados de 1990 disponíveis em nosso país apontaram para uma média de 10% de infecções hospitalares. Assim, para as 10.652.419 internações realizadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) no ano de 1990, haveriam aproximadamente 1.065.000 casos de infecção hospitalar. Cinco por cento desses casos iriam a óbito, traduzindo-se em 53.160 mortes, ou seja, aproximadamente 137 mortes por dia. (Fonte: Ministério da Saúde). Indicadores de letalidade raramente aparecem em boletins e relatórios das C.C.I.H., mas acredita-se que esse número já tão expressivo, esteja aquém do real, uma vez que são dados apenas aproximados, pois a maioria das notificações existentes se refere apenas a grandes hospitais de grandes centros urbanos e é bastante conhecida em nosso país a realidade do sub-registro e do preenchimento incorreto e/ou incompleto dos atestados de óbito.

Por outro lado, várias pesquisas mostraram que somente através de C.C.I.H. que fiscalizassem o registro de todas as infecções ocorridas no meio hospitalar, é que se poderia ter idéia real do nível endêmico das infecções e que se tomassem imediatamente atitudes em relação aos surtos. (FLORES, 1978).

Também por dados do Ministério da Saúde, um paciente com infecção hospitalar ficaria mais cinco dias internado do que a média, com um custo adicional de US\$ 500 por caso e um gasto anual aproximado de US\$ 500.000.000 para o atendimento dos casos de infecção hospitalar registrados no país.

GREEN et al. (1977) calcularam os gastos causados por diferentes infecções pós-operatórias. O estudo revelou que os custos adicionais ao tratamento variavam aproximadamente de US\$ 450 - infecções em consequência de uma colecistectomia - a

US\$ 2.500 - infecções em consequência de uma cirurgia torácica. (GREEN, 1977).

Em 1976, os Centros de Controle de Doença de Atlanta, USA, calcularam os gastos globais relativos às infecções hospitalares nos Estados Unidos, baseando-se numa percentagem de 5% sobre o total de internações. Isso corresponderia a uma cifra anual de 1.500.000 doentes atingidos por infecção hospitalar, prolongando-se a internação devida a esse fato por mais uma semana. O preço médio diário de uma estadia em hospital, era aproximadamente de US\$ 100, sendo portanto o custo global anual provocado pelas infecções hospitalares superior a US\$ 1.000.000.000.

"Através dos conhecimentos adquiridos na literatura sobre o assunto, intercâmbio com outras Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, e principalmente nossa experiência no Hospital do Servidor Público Municipal, chegamos à convicção de que a prevenção e o controle das infecções hospitalares exercida pela C.C.I.H. é imprescindível sobre todos os aspectos, abrangendo o econômico-financeiro, racionalização da administração, comportamento adequado do pessoal médico e não médico frente aos doentes internados e manutenção da vida dos usuários ...". (GUIMARÃES, 1985).

Comissões de Controle de Infecção são também eficientes na redução de custos. O Hospital de Base de Brasília, com a racionalização do uso de antimicrobianos formulada pela sua C.C.I.H., gerou em dois anos (1984 - 1985) uma economia de US\$ 500.000. (CAVALCANTE, 1987).

No Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, a C.C.I.H. reduziu substancialmente seus custos, racionalizando o uso de antimicrobianos e germicidas. Observou-se uma redução de 30% no consumo de antimicrobianos (SARTORI, 1990) e uma economia anual pela redução do consumo de germicidas calculada em Cr\$ 138.963.255,00 (US\$ 1,00 = Cr\$ 69,10).

O Hospital de Ipanema, no Rio de Janeiro, realizou uma experiência no controle do uso de antimicrobianos entre 1973 e 1976; no ano de 1973, foram usadas 170.834 unidades de antibióticos e no ano de 1976, 69.131 unidades, diminuição esta que se refletiu numa queda de 70% no uso de antibióticos. No mesmo período, a taxa de infecção hospitalar caiu em 20%, acrescentando-se ainda que em 1973 foram internados e operados 5.200 pacientes contra 7.157 pacientes em 1976. (AGUIAR, 1977).

Comissões de Controle de Infecção Hospitalar são portanto eficazes contra os riscos e custos das infecções hospitalares.

Já em 1958, a Associação Americana de Hospitais dos Estados Unidos recomendou a instalação de C.C.I.H. para todos os hospitais. (AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, 1970). O objetivo era fornecer subsídios aos hospitais norte-americanos para, através de determinados critérios, diferenciar uma infecção hospitalar inevitável, daquelas decorrentes de imperícia médica ou de enfermagem, imprudência ou desobediência aos regulamentos de proteção ao doente. Ao mesmo tempo, o uso desses critérios forneceria aos hospitais, ao seu corpo clínico e de enfermagem, mecanismos de proteção e segurança contra possíveis ações legais. Na época, alguns hospitais foram sensíveis à recomendação.

Sete anos após, um hospital da cidade de Charleston, nos Estados Unidos, o Charleston Memorial Hospital, foi condenado pela Corte Suprema da Justiça dos Estados Unidos a pagar indenização a um paciente (que ali havia entrado com uma fratura na perna, tendo na sequência sofrido gangrena e conseqüente amputação) a quantia de US\$ 110.000 (cento e dez

mil dólares). A Corte Suprema fundamentava sua condenação nos seguintes pontos:

- 1 - A instituição, seja pública ou privada, pela sua direção é legalmente responsável por todo ato médico nela praticado.
- 2 - Não havendo qualificação do profissional médico, a instituição é responsável por ter permitido que ele realizasse o atendimento.
- 3 - Sendo o médico qualificado e desatualizado, a instituição é culpada por não promover cursos de reciclagem para atualizar seu conhecimento.
- 4 - O hospital é a instituição que o paciente procura para aliviar um mal, sendo inconcebível que venha a adquirir outro em decorrência do tratamento a que foi submetido.

A partir dessa ação judicial passou-se a exigir como requisito para o credenciamento de hospitais, a existência de C.C.I.H. nos Estados Unidos. (ZANON, 1978).

No Brasil, o Ministério da Saúde, como visto, não ficou indiferente e após a promulgação da Portaria nº 196/83 elegeu a multiplicação dos Cursos de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar como metodologia básica para o implante e implementação das C.C.I.H. Enormes quantidades de dinheiro foram aplicadas em treinamentos e recursos humanos para o combate da infecção hospitalar.

O Plano Quinquenal de Saúde 1990/95 do Ministério da Saúde traz como objetivo no item recursos humanos, atuar como elemento catalizador e disseminador de experiência, utilizando largamente o efeito demonstração. (BRASIL. Plano quinquenal de saúde 1990/95, 1991).

No item referente à infecção hospitalar, seu propósito é a redução das taxas de infecção hospitalar em 50% até 30 de junho de 1994. (BRASIL. Plano quinquenal de saúde 1990/95, 1991). Suas atividades, entre outras, se referem a diagnóstico do problema da infecção hospitalar no país, implantação e implementação dos centros de treinamento em infecção hospitalar em todos os estados brasileiros, treinamentos de profissionais de nível superior, através do Curso de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar, implantação de C.C.I.H. de acordo com a Portaria nº 196/83, e avaliação da eficácia das ações de controle de infecção hospitalar. (BRASIL. Plano quinquenal de saúde 1990/95, 1991).

"Um terceiro momento na trilha que se determinou o Ministério da Saúde a percorrer os caminhos do controle da infecção hospitalar há de ser marcado por um programa de avaliação de âmbito nacional, por modo a vir-se a conhecer, em sua exata dimensão, este relevante problema de saúde pública. Neste momento, poder-se-ão verificar o impacto causado pela publicação da Portaria nº 196/83 e os resultados do Programa de Capacitação de Recursos Humanos". (SILVA, 1985).

Atualmente, desconhece-se em toda a sua extensão o alcance e os resultados da promulgação da norma ministerial e após sete anos de inúmeros treinamentos ainda é desconhecida a situação das C.C.I.H. e dos egressos do Curso de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar.

Entendendo que tão importante quanto treinar é avaliar (BRASIL. Recursos humanos para serviços básicos de saúde, 1982), nas suas funções de medir, descrever, comparar, analisar e explicar as causas, obstáculos e efeitos das ações executadas, o presente trabalho se propôs a estudar egressos e instituições hospitalares envolvidas nos cursos de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar desenvolvidos pelo Centro de

Treinamento do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, avaliando o impacto da atuação desses profissionais e da metodologia de treinamentos multiplicadores na redução dos índices de infecção hospitalar e no aumento do número de comissões de controle de infecção hospitalar atuantes, na perseguição de uma fórmula eficaz para combater esta doença que ceifa tantas vidas no país.

Este trabalho se propôs a avaliar e discutir três pontos básicos, interligados entre si, que merecem atenção:

- 1 - Infecções hospitalares são problemas de grande relevância e magnitude pelo seu elevado custo social e econômico-financeiro.
- 2 - Treinamentos foram eleitos como metodologia básica para o controle de infecção hospitalar pelo Ministério da Saúde. Através deles, se pretendia a implementação e/ou implantação de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar.
- 3 - Avaliação é um importante e necessário método de acompanhamento de ações. Permite identificar a interferência dessas ações em programas de saúde, corrigindo erros e distorções. Poucos são os trabalhos que se aprofundam nessa atividade e poucos os que fizeram da avaliação, uma atividade de um programa de controle de infecção hospitalar.

Dessa forma o objetivo deste estudo foi avaliar o impacto dos Cursos de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar na adoção de medidas efetivas de controle de infecção hospitalar.

2 CASUÍSTICA E MÉTODOS

2.1 DO CURSO

O conteúdo do curso proposto pelo Ministério da Saúde envolvia quatro grandes áreas e dez unidades didáticas, como se segue:

Área 1 - Epidemiologia para o controle de infecções hospitalares.

Unidade 1 - Infecção hospitalar: uma abordagem epidemiológica para um problema clínico.

Unidade 2 - Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares - um sistema de informação para a ação.

Unidade 3 - Investigação epidemiológica das infecções hospitalares.

Unidade 4 - Controle de infecções hospitalares.

Área 2 - Antimicrobianos e infecção hospitalar.

Unidade 5 - Antimicrobianos e infecção hospitalar.

Unidade 6 - Padronização e mecanismos de controle de prescrição de antimicrobianos.

Área 3 - Métodos de proteção anti-infecciosa.

Unidade 7 - Limpeza, desinfecção e esterilização.

Unidade 8 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos e infecção hospitalar.

Unidade 9 - Procedimentos para prevenção e controle de infecções hospitalares em áreas críticas.

Área 4 - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Unidade 10- A implantação e o funcionamento de uma comissão de controle de infecção hospitalar.

Priorizou-se como clientela, profissionais de nível superior, basicamente médicos, enfermeiros e farmacêuticos, vindos de hospitais de médio e grande porte (excluídos os psiquiátricos) e de hospitais públicos (independentemente do porte) e profissionais de serviços de Vigilância Sanitária e Assistência Hospitalar das Secretarias de Saúde.

O Ministério da Saúde responsabilizou-se pela formação dos monitores e pelo fornecimento do material instrucional.

O curso se desenvolvia em uma carga horária de 40 horas, através de técnicas de estudo dirigido e estudo de caso.

Era objetivo do curso: capacitar para uma visão e uma abordagem epidemiológica do problema do controle de infecções hospitalares, incluindo o manejo de instrumental básico para realizar vigilância epidemiológica de infecções hospitalares; estimular e orientar a criação, a implementação e dinamização das C.C.I.H.; adotar uso mais racional e criterioso de antimicrobianos; adotar procedimentos e rotinas mais eficazes e de menor risco para limpeza, desinfecção, esterilização e anti-sepsia em unidades hospitalares; utilizar de forma criteriosa os procedimentos diagnósticos e terapêuticos

invasivos; estabelecer normas para atividades hospitalares relacionadas à prevenção e ao controle de infecções.

No Paraná, o Hospital de Clínicas foi credenciado como Centro de Treinamento, sendo que os treinandos seriam responsáveis pela implantação ou implementação de C.C.I.H. em seu locais de trabalho, além da multiplicação dos conhecimentos adquiridos.

2.2 DA AVALIAÇÃO

Para proceder a avaliação dos resultados dos cursos foram utilizados como instrumentos básicos de pesquisa, questionários com perguntas fechadas do tipo múltipla escolha e perguntas abertas para 261 egressos de 16 Cursos de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar, ministrados pelo Centro de Treinamento do Hospital de Clínicas. O número de treinandos para cada curso variou de oito a 48 com uma média de 16 alunos por curso. (Quadro 1).

QUADRO 1 - NÚMERO DE TREINANDOS POR CURSO REALIZADO

CURSO	Nº DE ALUNOS
01	08
02	13
03	22
04	48
05	24
06	28
07	09
08	13
09	09
10	15
11	12
12	10
13	14
14	10
15	13
16	13
T O T A L	261

Também foram enviados questionários para todos os 57 hospitais existentes na época em Curitiba e na Região Metropolitana, além de questionários para todos os hospitais públicos estaduais. Tanto os questionários para egressos como os questionários para hospitais, foram enviados através do Serviço de Correio, contendo também envelope já selado para resposta.

As questões propostas aos egressos, profissionais diversos que trabalhavam em várias instituições hospitalares e em Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, abordavam os seguintes aspectos:

- Profissão, local de trabalho, cargo ou função.
- Tempo dedicado ao trabalho com controle de infecção hospitalar após o curso.

- Principais dificuldades encontradas para a estruturação de um programa nos moldes propostos pelo curso.
- Principais dificuldades encontradas para o desenvolvimento dos trabalhos com C.C.I.H. (Anexo 1).

No questionário enviado aos hospitais, os seguintes aspectos foram abordados:

- Caracterização da instituição hospitalar.
- Existência, tempo de trabalho, composição, subordinação, funcionamento e atribuições da C.C.I.H.
- Caracterização do serviço de limpeza.
- Treinamentos recebidos pelos membros da C.C.I.H.
- Existência de serviços de bacteriologia, equipamentos para esterilização e testes para esterilidade.
- Existência de procedimentos normalizados.
- Demonstração de índices de infecção hospitalar. (Anexo 2).

As informações obtidas foram consolidadas e cruzadas através de processamento manual e submetidas a análise e avaliação.

3 RESULTADOS

3.1 DOS EGRESSOS

Dos 261 questionários encaminhados a egressos, retornaram 91 (35%): 79 respondidos pelos próprios egressos (30%) e 12 (5%) devolvidos pelo Serviço de Correio por mudança de endereço do destinatário. Cento e setenta egressos deixaram de responder ao questionário (65%). (Figura 1).

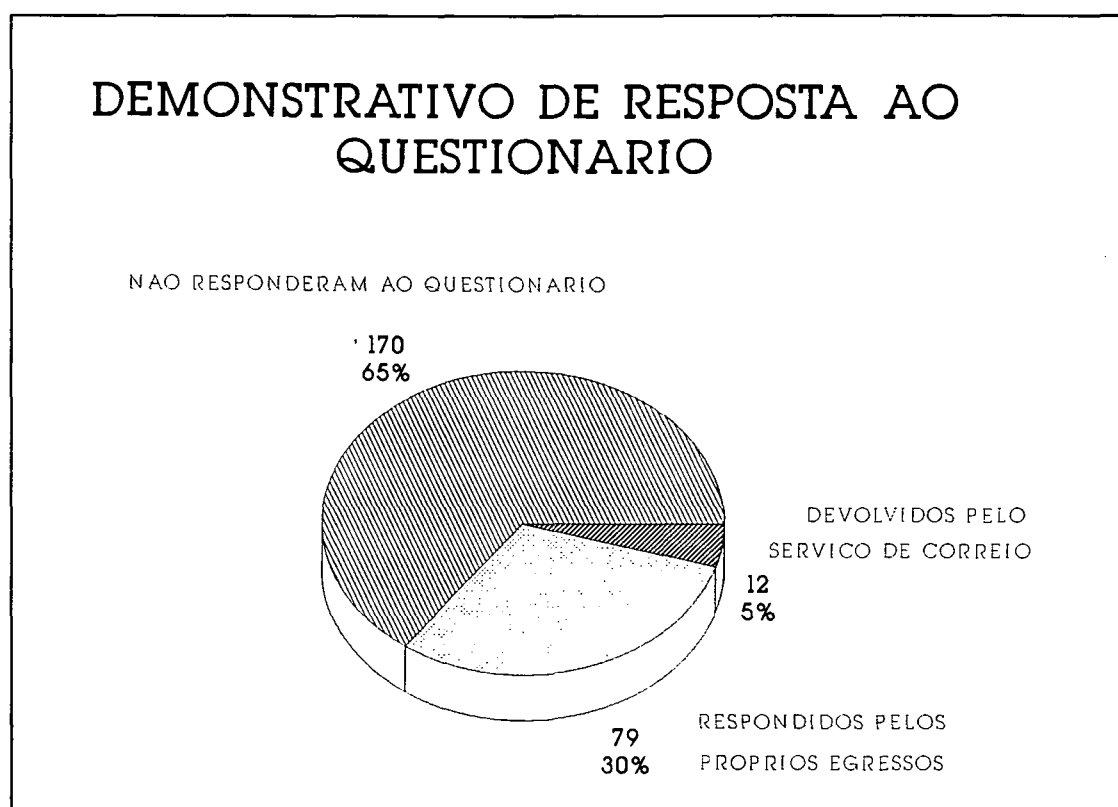


FIGURA 1: RESPOSTA DOS EGRESSOS AO QUESTIONÁRIO

Os 79 egressos que responderam ao questionário pertenciam a variadas profissões distribuídas conforme o Quadro 2.

QUADRO 2 - PROFISSÃO DOS EGRESSOS

PROFISSÃO	Nº	%
Enfermeiro	35	44,3
Médico	32	40,4
Farmacêutico-bioquímico	05	6,2
Dentista	01	1,3
Farmacêutico	01	1,3
Veterinário sanitaria	01	1,3
Engenheiro civil sanitaria	01	1,3
Tecnólogo em saneamento	01	1,3
Auxiliar de enfermagem	01	1,3
Assistente administrativo	01	1,3
T O T A L	79	100 %

Dos 79 egressos que responderam ao questionário, 27 estavam trabalhando com controle de infecção hospitalar na época em que responderam ao questionário, 24 não estavam trabalhando com controle de infecção hospitalar nesta época e 28 nunca tinham trabalhado com controle de infecção hospitalar. (Quadro 3).

QUADRO 3 - ATIVIDADES DOS EGRESSOS EM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

RESPOSTAS	Nº	%
Sim	27	34,2
Não	28	35,4
Não atualmente	24	30,4
T O T A L	79	100 %

Dos 28 profissionais que responderam nunca ter trabalhado com controle de infecção hospitalar, 12 eram enfermeiros, 8 eram médicos, 2 eram farmacêuticos bioquímicos, 2 eram farmacêuticos e 4 pertenciam a outras categorias profissionais. (Quadro 4).

QUADRO 4 - PROFISSÃO DOS EGRESSOS QUE NUNCA TRABALHARAM EM COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

PROFISSIONAIS	Nº	%
Enfermeiros	12	42,9
Médicos	08	28,6
Farmacêuticos bioquímicos	02	7,1
Farmacêuticos	02	7,1
Outros	04	14,3
T O T A L	28	100 %

É interessante notar que dos profissionais que após o curso nunca tinham trabalhado com controle de infecção hospitalar, foram os enfermeiros que tiveram menor aproveitamento (42,9%), embora o número de profissionais enfermeiros que fizeram o curso fosse superior ao número de profissionais médicos e superior ao total de todas as categorias profissionais envolvidas.

Os 28 profissionais apontaram o motivo para não terem trabalhado com controle de infecção: 12, falta de sensibilidade administrativa; 10, falta de interesse na área de controle de infecção hospitalar; 4, haviam sido transferidos; 2, não responderam. (Quadro 5).

QUADRO 5 - MOTIVO DE NÃO TER TRABALHADO EM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

MOTIVO	Nº	%
Falta de sensibilidade administrativa	12	42,9
Falta de interesse na área	10	35,7
Transferência	04	14,3
Sem resposta	02	7,1
T O T A L	28	100 %

Embora a maior parte dos egressos que nunca trabalharam em controle de infecção hospitalar tenham apontado falta de sensibilidade administrativa (42,9%) como principal motivo, também foi elevado o número de profissionais que fizeram o Curso de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar sem que essa fosse sua área de interesse.

Os 24 profissionais que não estavam trabalhando com controle de infecção hospitalar no momento do inquérito, apontaram também o tempo em que permaneceram trabalhando em C.C.I.H. Quatro trabalharam por um período inferior a um ano, oito haviam trabalhado por um ano, cinco por dois anos, três por três anos, dois por quatro anos, um por oito anos e um não respondeu. É importante observar que após 4 anos, a maioria absoluta dos profissionais (91,6%), já havia abandonado suas atividades com controle de infecção hospitalar. (Quadro 6).

QUADRO 6 - TEMPO DE TRABALHO EM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR DOS EGRESSOS QUE JÁ NÃO ESTAVAM TRABALHANDO NO MOMENTO DA PESQUISA

TEMPO	Nº	%
< 1 ano	04	16,7
1 ano	08	33,3
2 anos	05	20,8
3 anos	03	12,5
4 anos	02	8,3
8 anos	01	4,2
sem resposta	01	4,2
T O T A L	24	100 %

Os mesmos 24 profissionais apontaram ainda os motivos pelos quais deixaram de trabalhar com C.C.I.H. Sete optaram por outros encargos, cinco apontaram falta de sensibilidade administrativa, três foram transferidos, um abandonou suas atividades por questões salariais, um por licença gestação e dois não responderam. (Quadro 7).

QUADRO 7 - MOTIVO DO ABANDONO DO TRABALHO PELOS EGRESSOS

MOTIVO	Nº	%
Outros encargos	08	33,3
Falta de sensibilidade administrativa	07	29,2
Demissão	03	12,5
Transferência	02	8,3
Licença gestação	01	4,2
Salário	01	4,2
Sem resposta	02	8,3
T O T A L	24	100 %

Desses mesmos 24 profissionais, 16 responderam que gostariam de voltar a trabalhar com controle de infecção

hospitalar, cinco que não voltariam a trabalhar nessa área e três não responderam. (Quadro 8).

QUADRO 8 - ASPIRAÇÃO DOS EGRESSOS EM RELAÇÃO AO TRABALHO

	Nº	%
Voltariam a trabalhar	16	66,7
Não voltariam a trabalhar	05	20,8
Sem resposta	03	12,5
T O T A L	24	100 %

Desses 24 profissionais, 11 eram médicos. Para eles, a falta de sensibilidade administrativa apareceu como o principal motivo para o abandono do trabalho com controle de infecção hospitalar. (Quadro 9).

QUADRO 9 - MOTIVO DO ABANDONO DO TRABALHO DOS MÉDICOS

MOTIVO	Nº	%
Falta de sensibilidade administrativa	06	54,5
Outros encargos	03	27,3
Demissão	01	9,1
Sem resposta	01	9,1
T O T A L	11	100 %

Dos 24 profissionais que não estavam trabalhando com controle de infecção hospitalar na época do inquérito, 12 eram enfermeiros. Para estes profissionais, o motivo mais freqüente para o abandono do trabalho com controle de infecção foi a presença de outros encargos. A falta de sensibilidade

administrativa, a demissão, o salário, a licença gestação, foram listados como outros motivos menos freqüentes; dois profissionais foram transferidos e um não respondeu. (Quadro 10).

QUADRO 10 - MOTIVO DO ABANDONO DO TRABALHO DOS ENFERMEIROS

MOTIVO	Nº	%
Outros encargos	05	41,8
Transferência	02	16,7
Falta de sensibilidade administrativa	01	8,3
Licença gestação	01	8,3
Salário	01	8,3
Demissão	01	8,3
Sem resposta	01	8,3
T O T A L	12	100 %

É interessante notar que profissionais médicos e profissionais enfermeiros divergiram no motivo mais freqüente para sua saída do trabalho com controle de infecção. Para os primeiros, o principal motivo é a falta de sensibilidade administrativa, enquanto que para os segundos, é a presença de outros encargos que os afasta do trabalho com controle de infecção hospitalar.

Dos 27 profissionais que estavam trabalhando com controle de infecção hospitalar no momento do inquérito, 13 eram médicos, 11 eram enfermeiros e três pertenciam a outras categorias profissionais. (Quadro 11).

QUADRO 11 - PROFISSÃO DOS EGRESSOS QUE ESTAVAM TRABALHANDO COM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

PROFISSIONAIS	Nº	%
Médicos	13	48,2
Enfermeiros	11	40,7
Outros	03	11,1
T O T A L	27	100 %

Desses 27 profissionais, cinco pertenciam ao Centro de Treinamento do Hospital de Clínicas, com uma média de carga horária/dia de 6,8 horas. (Quadro 12).

QUADRO 12 - CARGA HORÁRIA DOS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE TREINAMENTO

PROFISSIONAIS	HORAS/DIA
Médico	10
Médico	08
Médico	04
Enfermeiro	06
Enfermeiro	06

Doze dos 22 profissionais restantes não dedicavam tempo específico à C.C.I.H. Desses profissionais, quatro eram enfermeiros, seis eram médicos e dois eram farmacêuticos-bioquímicos. Dos dez profissionais restantes, quatro eram médicos, cinco eram enfermeiros e um pertencia a outra categoria profissional.

O tempo de trabalho com controle de infecção hospitalar desses dez profissionais, dividido pelo seu número, resultava em uma média de 3,2 horas/dia.

Os 15 profissionais com trabalho efetivo na área de controle de infecção hospitalar, apontaram as maiores dificuldades encontradas pelas suas respectivas C.C.I.H. Para os profissionais que estavam no trabalho, o controle do uso de antimicrobianos e o apoio laboratorial apareceram como as principais dificuldades. Em seus 15 questionários, dificuldades administrativas apareceram em cinco deles e dificuldade com treinamentos e elaboração de normas técnicas em apenas três.

O Quadro 13 mostra estas dificuldades pela ordem de freqüência.

QUADRO 13 - DIFICULDADES ENCONTRADAS NO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

PRINCIPAIS DIFICULDADES	FREQÜÊNCIA DE CITAÇÃO
Controle de uso de antimicrobianos	8 vezes
Apoio laboratorial	7 vezes
Supervisão de execução de normas e medidas da comissão	5 vezes
Apoio administrativo	5 vezes
Vigilância epidemiológica	4 vezes
Treinamentos	3 vezes
Elaboração de normas técnicas	3 vezes

3.2 DOS HOSPITAIS

Foram encaminhados 57 questionários a Hospitais de Curitiba, Região Metropolitana e hospitais públicos e privados da rede estadual. Retornaram 16 questionários (28%). (Figura 2).

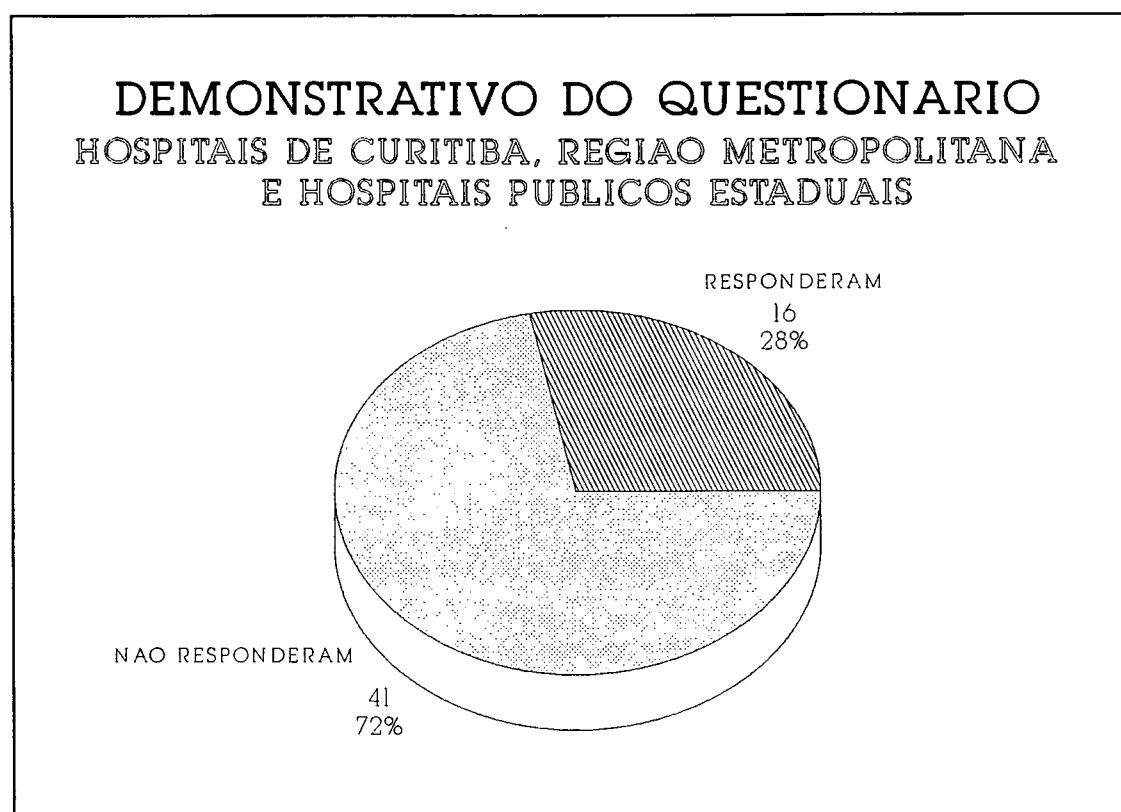


FIGURA 2: RESPOSTA DOS HOSPITAIS AO QUESTIONÁRIO

Dos 16 hospitais que responderam ao questionário, sete eram públicos e nove eram hospitais da rede privada. (Figura 3).

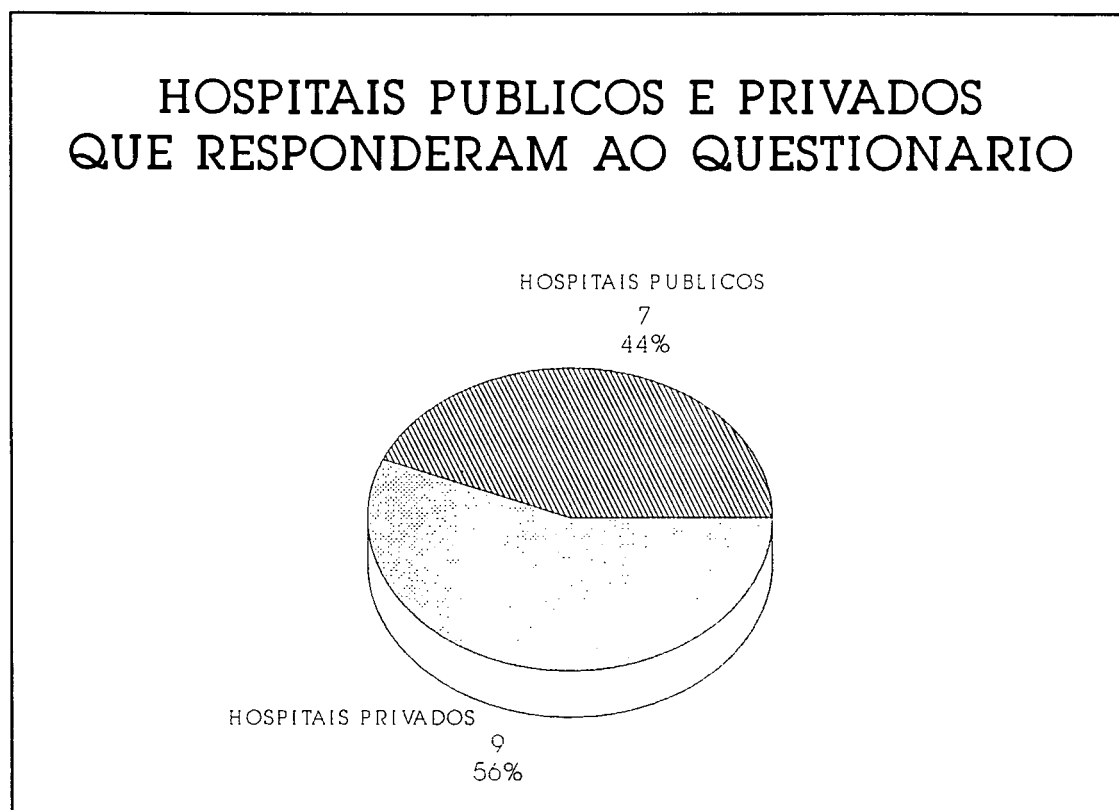


FIGURA 3: TIPOS DE HOSPITAIS QUE RESPONDERAM AO QUESTIONÁRIO

Dos hospitais públicos, cinco eram da rede pública estadual, um do Ministério da Educação e um do Ministério do Exército. (Figura 4).

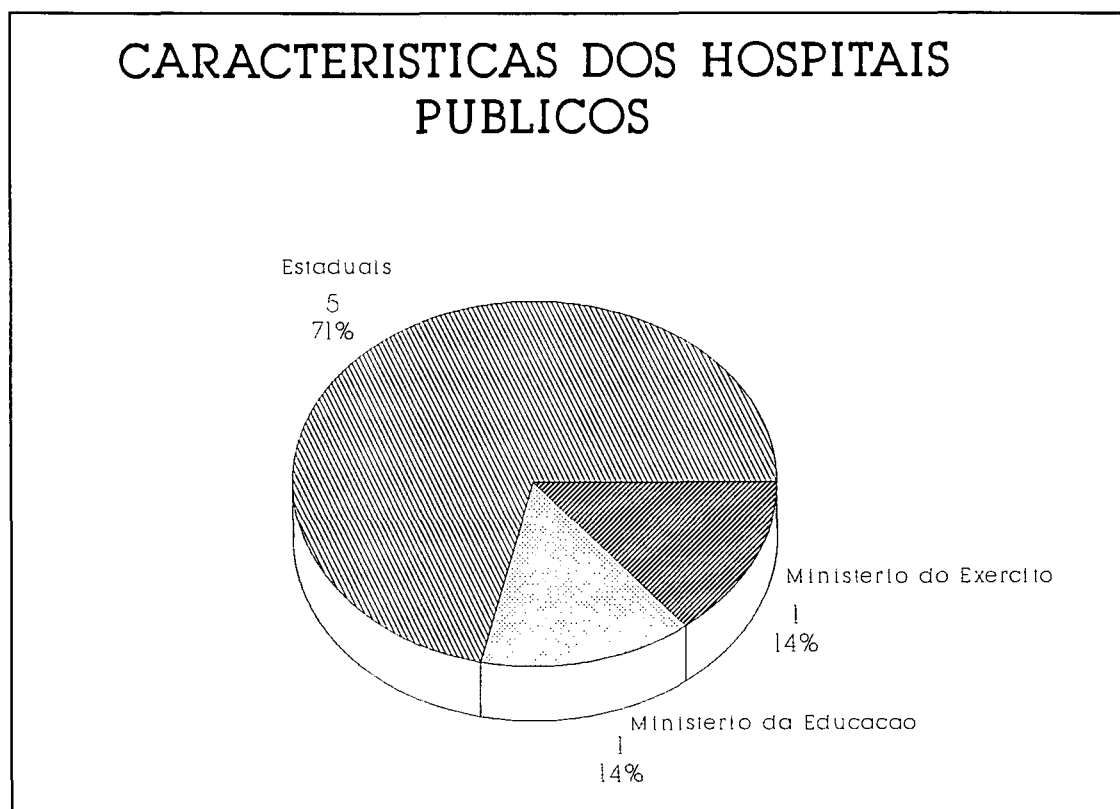


FIGURA 4: CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS PÚBLICOS

Dos nove hospitais privados, quatro eram lucrativos conveniados com o INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - quatro eram não-lucrativos conveniados com o INAMPS e um era lucrativo não conveniado com o INAMPS. (Figura 5).

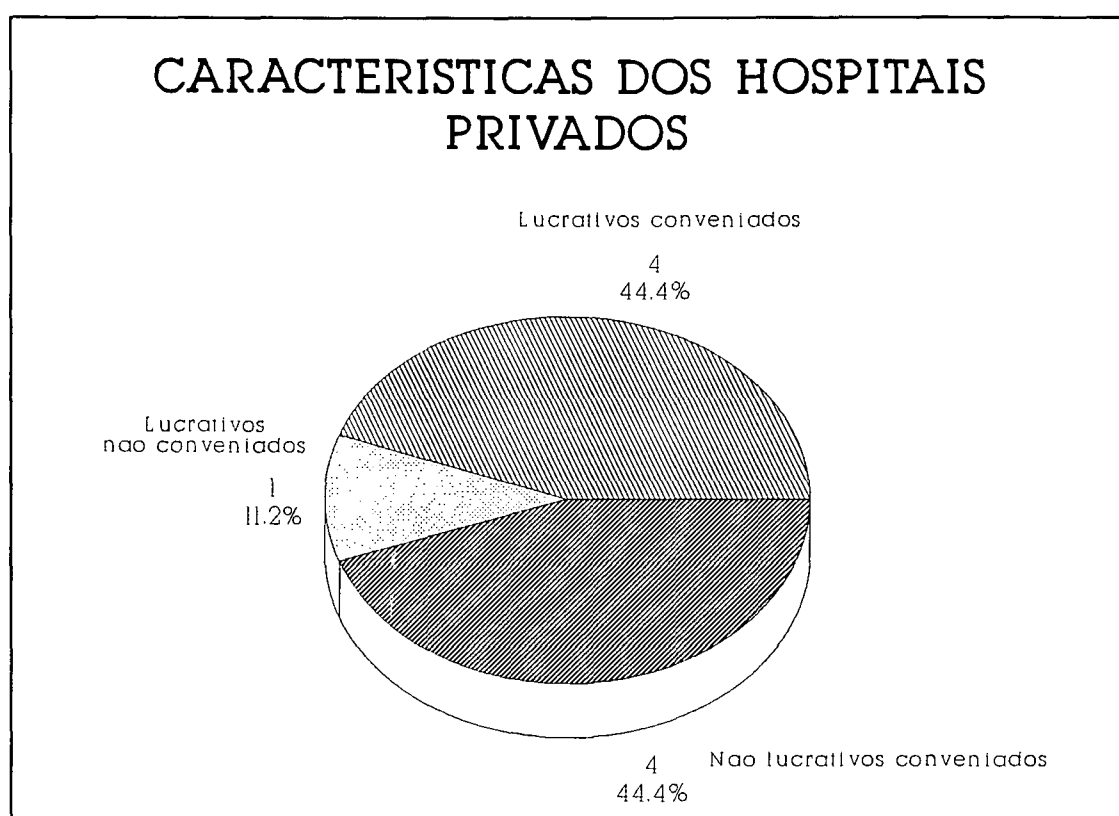


FIGURA 5: CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS PRIVADOS

Com relação à característica dos hospitais, dez eram hospitais gerais, dois eram hospitais de doenças transmissíveis, um era hospital universitário, um era hospital pediátrico, um era pronto-socorro e um era hospital de ortopedia, cirurgia cardíaca e pronto-socorro. (Figura 6).

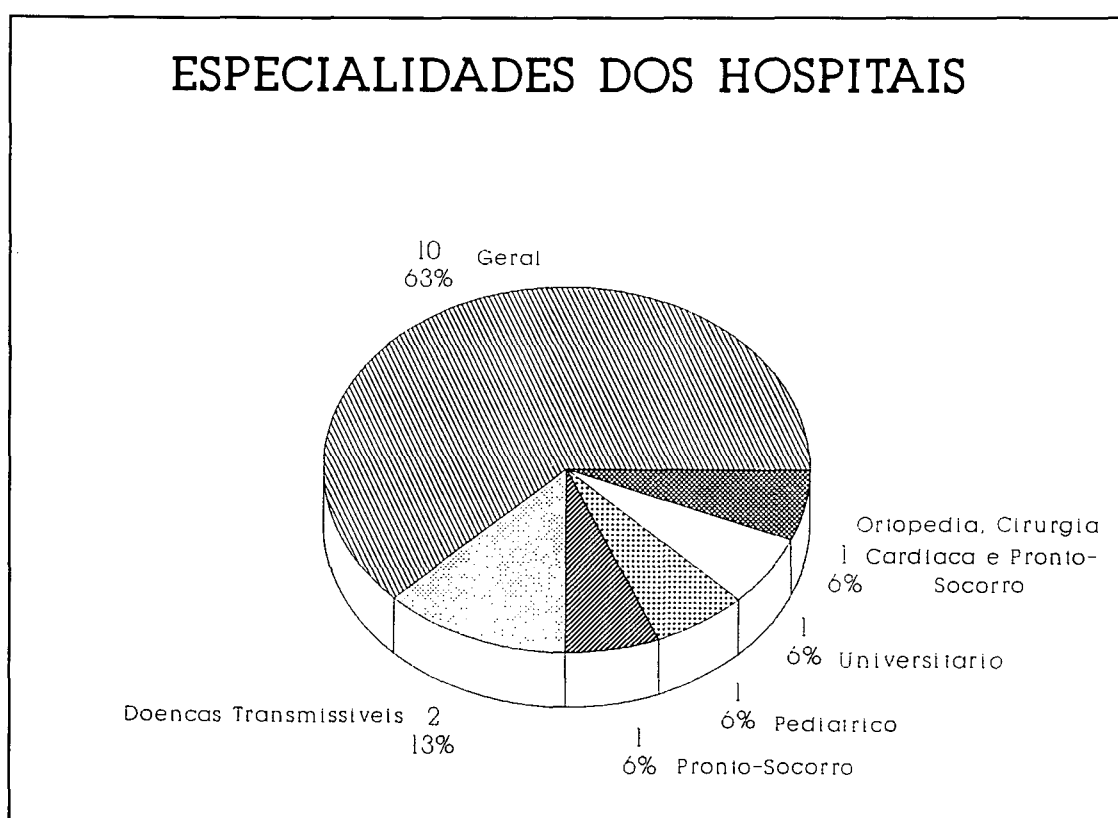


FIGURA 6: ESPECIALIDADES DOS HOSPITAIS

Com relação ao porte, cinco eram de grande porte, oito de médio porte e três de pequeno porte, conforme a classificação do Ministério da Saúde: até 50 leitos, pequeno porte, até 150 leitos, médio porte, mais de 150 leitos, grande porte. (Figura 7).

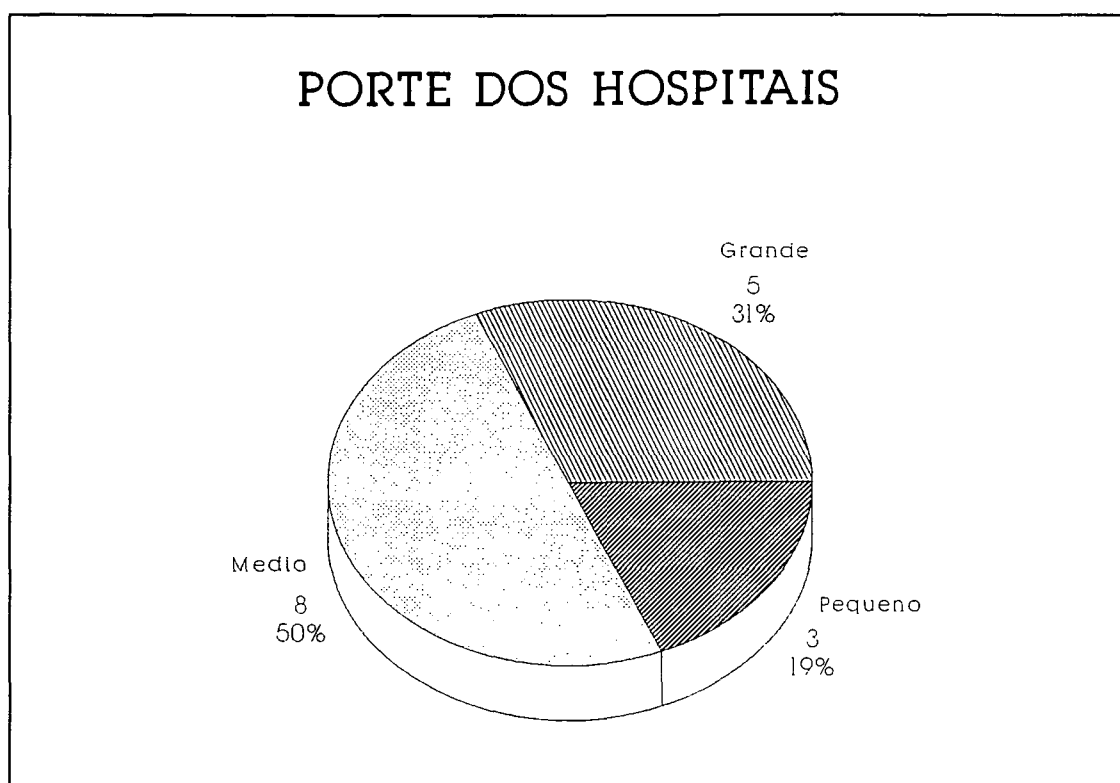


FIGURA 7: PORTE DOS HOSPITAIS

Dos 16 hospitais que responderam ao questionário, treze afirmaram ter C.C.I.H. e três responderam não ter Comissão. (Figura 8).

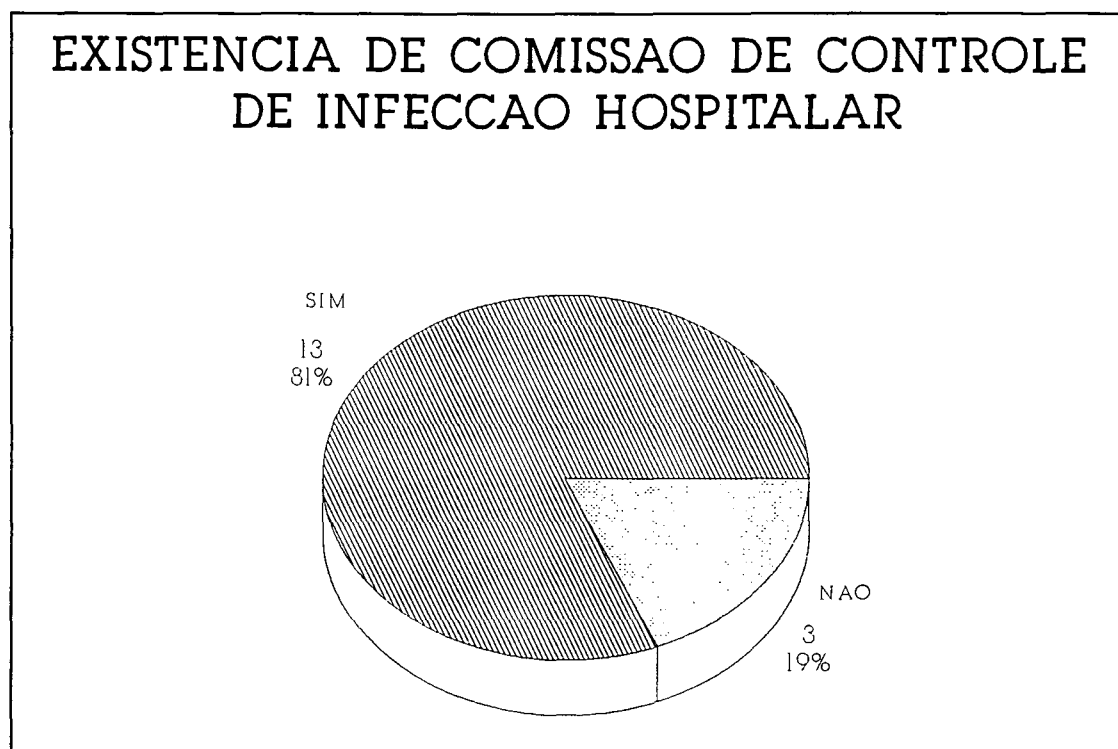


FIGURA 8: EXISTÊNCIA DE COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Os 13 hospitais, que afirmaram ter C.C.I.H. indicaram o tempo de sua existência. (Figura 9).

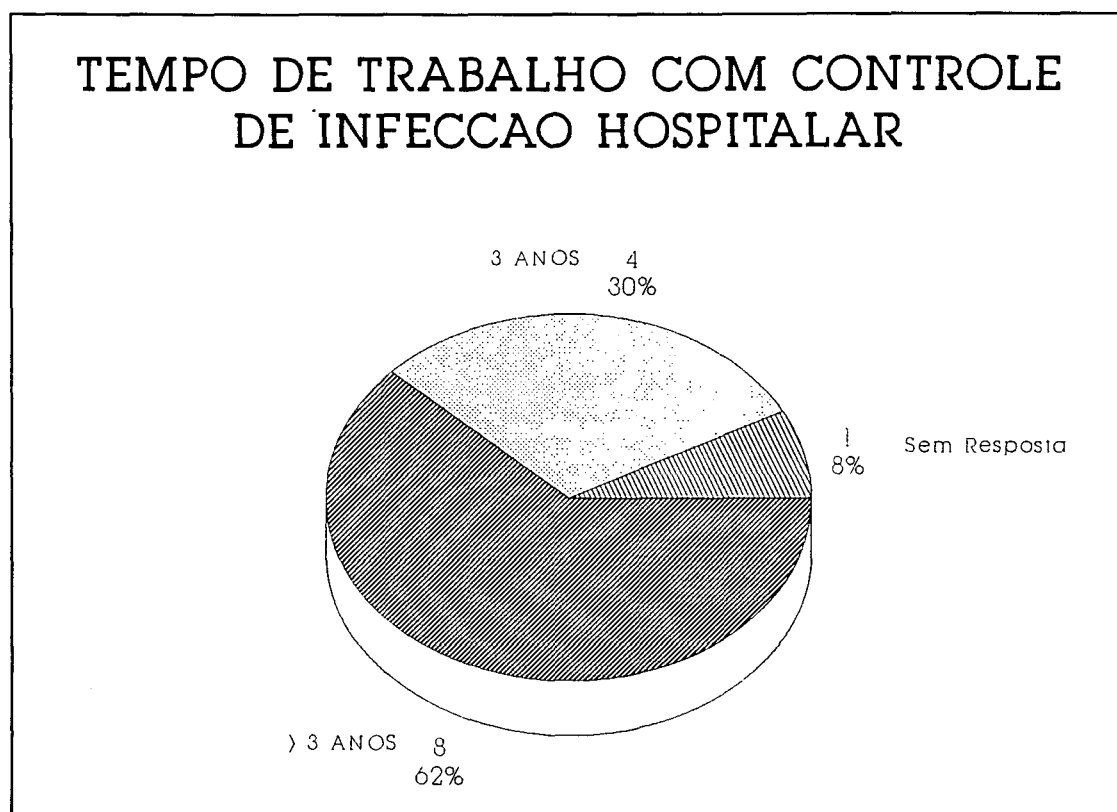


FIGURA 9: TEMPO DE TRABALHO COM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Como se vê, quatro hospitais tinham Comissão há três anos e oito há mais tempo.

Das 13 C.C.I.H. existentes, uma não contava com enfermeira, quatro não possuíam farmacêutico, 11 não contavam com secretária, e cinco delas não tinham em sua composição a figura de um administrador. Quatro das Comissões contavam com bacteriologistas. Apenas uma Comissão apresentava em sua equipe uma nutricionista e uma outra Comissão contava com um biomédico. (Quadro 14).

QUADRO 14 - COMPOSIÇÃO DAS C.C.I.H.

COMPONENTES DA C.C.I.H.	H O S P I T A I S												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Médico	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	2	1	1
Enfermeiro	1	1	1	1	2	-	2	1	1	1	3	1	1
Farmacêutico	1	1	-	1	-	-	1	1	1	1	1	-	1
Administrador	1	-	-	-	1	1	-	1	1	1	-	1	1
Bacteriologista	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	2	-	-
Secretária	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Nutricionista	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Biomédico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Aux. Enfermagem	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-

Do Quadro 14 percebe-se que, apenas duas das 13 Comissões existentes estavam de acordo com a Portaria nº 196/83, em seu anexo 1, que dispõe da organização das C.C.I.H., sendo os elementos limitantes as figuras do administrador e do bacteriologista.

Onze dos 13 hospitais tinham representantes da direção do hospital nas suas C.C.I.H. Seis tinham seus representantes nos diretores clínicos, dois nos diretores administrativos, um no diretor financeiro, um no diretor clínico e administrativo, um nos diretores de enfermagem, de serviços médicos e de apoio técnico e no diretor da administração predial. Dois hospitais não tinham representantes da direção em suas Comissões.

As 13 Comissões existentes indicaram a sua carga horária, conforme mostra o Quadro 15. Três das Comissões não responderam a esta pergunta e duas indicaram não haver tempo específico para o trabalho da Comissão.

QUADRO 15 - CARGA HORÁRIA DIÁRIA DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS NAS C.C.I.H.

Carga Horária (horas)	H O S P I T A I S												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Porte	M	G	M	M	M	M	G	M	M	M	G	P	G
Médico	SR	2	SH	SR	2	2	SR	SR	SH	2	4/8	2	4
Enfermeiro	SR	2	SH	SR	2	4*	6	SR	SH	4	8	2	6

SR - Sem Referência

P = pequeno porte

SH - Sem carga Horária fixa

M = médio porte

* - 1 auxiliar de enfermagem

G = grande porte

Com relação à hierarquia das 13 Comissões, nove estavam subordinadas à direção do hospital, três à diretoria clínica e uma à diretoria administrativa, como se poderia esperar, já que a C.C.I.H. é um órgão de assessoria da direção do hospital.

Das 13 Comissões, cinco funcionavam somente com representantes, sem núcleo executivo, quatro somente com núcleo executivo e quatro com núcleo executivo e representantes. (Quadro 16).

QUADRO 16 - FUNCIONAMENTO DA C.C.I.H.

C.C.I.H.	Nº
Com núcleo executivo e representantes	04
Somente com núcleo executivo	04
Somente com representantes	05

As 13 Comissões indicaram também a periodicidade com que faziam suas reuniões. Seis das Comissões não tinham

periodicidade definida para suas reuniões, três se reuniam mensalmente, uma a cada quinze dias, duas semanalmente e apenas uma realizava reuniões diárias.

Cruzando-se informações referentes ao porte, periodicidade das reuniões e informações sobre a carga horária dos componentes das Comissões, observou-se que todos os hospitais que não tinham carga horária fixa ou determinada para o trabalho com controle de infecção, também não realizavam reuniões periódicas, o que deixa dúvida quanto à qualidade do trabalho que tais Comissões pudessem realizar. (Quadro 17).

QUADRO 17 - CARGA HORÁRIA DOS PROFISSIONAIS E PERIODICIDADE DAS REUNIÕES

	H O S P I T A I S												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Porte	M	G	M	M	M	M	G	M	M	M	G	P	G
Médico (horas/d)	SR	2	SD	SR	2	2	2	SR	SD	2	4/8	2	4
Enfermeiro (horas/d)	SR	2	SD	SR	2	4	6	SR	SD	4	8	2	6
Frequência de reuniões/mês	SP	S	SP	SP	SP	M	S	SP	SP	M	D	M	Q

SD - Sem carga horária definida	SR - Sem referência
SP - Sem periodicidade definida	S - Semanal
P - Pequeno porte	M - Mensal
M - Médio porte	D - Diária
G - Grande porte	Q - Quinzenal

Do exposto pode-se perceber que cinco dos 13 hospitais que informaram ter C.C.I.H., não realizavam reuniões e não dispunham de tempo específico para o trabalho, já que seus membros também não faziam referência a uma carga horária determinada. Tal fato permite inferir que esses hospitais não tinham Comissões atuantes.

Com relação à capacidade técnica do pessoal, todos os 13 hospitais afirmaram que os membros de suas C.C.I.H. haviam recebido algum tipo de treinamento: estágio (6 hospitais), aperfeiçoamento (5 hospitais), visita de observação (3 hospitais), atualização (3 hospitais), especialização (2 hospitais), Curso de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar (2 hospitais), mestrado (1 hospital) e doutorado (1 hospital). Um dos hospitais não especificou o tipo de treinamento recebido pelos membros de sua Comissão. Apesar do Centro de Treinamento do Hospital de Clínicas ter dado cursos a quase trezentos profissionais, esse treinamento não estava atingindo os hospitais e as Comissões em sua composição. Tal fato reflete que os responsáveis nos hospitais pela indicação dos participantes nos cursos, não estavam enviando pessoas que já trabalhassem com controle de infecção, ou aqueles profissionais que se dispunham a fazê-lo.

Em relação às atribuições das C.C.I.H., todos os 13 hospitais afirmaram fazer vigilância epidemiológica da infecção hospitalar. Onze Comissões realizavam treinamento como parte de suas atividades, nove elaboravam normas técnicas para o controle de infecção hospitalar, os mesmos nove faziam supervisão e execução dessas normas, seis faziam controle do uso de antimicrobianos, sete faziam notificação e investigação epidemiológica dos casos e surtos de infecção hospitalar e dez faziam notificação de doenças de notificação compulsória à Secretaria Estadual de Saúde. (Quadro 18). Percebe-se aqui, que também para as C.C.I.H. dos hospitais pesquisados, treinamentos não eram fatores que pela sua ausência pudessem estar comprometendo a eficiência do trabalho.

QUADRO 18 - ATRIBUIÇÕES DAS C.C.I.H.

ATRIBUIÇÕES DA C.C.I.H.	H O S P I T A I S												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Vigilância epide- miológica	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Treinamento	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de normas técnicas	X	X	X		X		X			X	X	X	X
Supervisão e execução de normas e medidas de controle	X	X	X		X		X			X	X	X	X
Controle do uso de antimicrobianos		X					X		X	X	X	X	
Notificação e inves- tigação epidemioló- gica de surtos de infecção hospitalar			X		X		X			X	X	X	X
Comunicação de doen- ças de notificação compulsória à Secre- taria Estadual de Saúde	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	

Do exposto, percebe-se que, controle do uso de antimicrobianos, notificação e investigação epidemiológica dos casos e surtos de infecção hospitalar foram as duas atividades que encontram maiores dificuldades para seu desenvolvimento pelas Comissões.

Ainda em relação ao Quadro 18, os hospitais 6, 8 e 9, demonstraram dificuldades em relação à atuação de suas Comissões, uma vez que exerciam atividades limitadas em relação ao universo das atribuições de uma C.C.I.H.

Somente dois hospitais, o 5 e o 6, não incluíam treinamento como função de suas Comissões. Os outros 11 hospitais assumiam o treinamento como parte de suas atribuições, e aparentemente, procuravam encaminhar seus membros para estágios, visitas e cursos de aperfeiçoamento e atualização, independente do curso oferecido pelo Centro de Treinamento.

Dez dos 13 hospitais faziam o processamento de seus dados de vigilância epidemiológica produzidos pelas C.C.I.H. de forma manual, dois de forma manual e computadorizada e um de forma apenas computadorizada. A maioria dos hospitais (77%) não possuía auxílio de um computador para o processamento de seus dados, o que senão imprescindível, certamente facilitaria bastante o trabalho, principalmente nos hospitais de grande e médio porte.

Dos 13 hospitais, nove possuíam laboratório próprio e quatro não. Os hospitais que possuíam laboratório indicaram o tipo de exame que estavam aptos a realizar. Não foi analisada entretanto, a qualidade com que esses exames eram feitos. (Quadro 19).

QUADRO 19 - TIPOS DE EXAMES BACTERIOLÓGICOS E PRESENÇA DO BACTERIOLOGISTA NA C.C.H.I.

EXAMES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Presença de bacteriologista na CCIH		X						X	X		X		
Bacterioscopia		X	X	X		X	X	X	X		X		X
Cultura de anaeróbios				X				X			X		
Antibiograma		X	X	X		X	X	X	X		X		X
Sorotipagem		X		X			X	X	X				

Dos 13 hospitais apenas um não havia padronizado seus germicidas. (Quadro 20).

QUADRO 20 - PADRONIZAÇÃO DOS GERMICIDAS

Padronização dos germicidas	Nº	%
SIM	12	92,3
NÃO	01	7,7
T O T A L	13	100 %

O Quadro 21 abaixo mostra os equipamentos utilizados pelos hospitais, para esterilização de materiais.

QUADRO 21 - EQUIPAMENTOS USADOS PARA ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS

H O S P I T A I S													
Equipamentos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Autoclave horizontal	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Autoclave de alto vácuo		X											X
Autoclave vertical			X				X				X		
Estufa	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Autoclave para O.E.*											X		

* O.E. - óxido de etileno

Com relação a testes de esterilidade os treze hospitais indicaram o tipo de teste usado. Onze usavam fita adesiva para autoclave e estufa, um fazia teste químico, dois faziam teste bacteriológico com Bacillus sthearotermophilus e três usavam teste biológico com Bacillus subtilis var. niger. (Quadro 22).

QUADRO 22 - TIPOS DE TESTES DE ESTERILIDADE USADOS

TESTE	H O S P I T A I S												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Fita adesiva para autoclave e estufa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
Teste químico (ampola)							X						
Fitas indicadoras para esterilização a O.E.*													
Teste bacteriológico com <u>Bacillus sthearothermophilus</u>	X										X		
Teste biológico com <u>Bacillus subtilis</u> var. niger				X						X	X		
* O.E.- óxido de etileno													

Com relação ao serviço de limpeza realizado pelos treze hospitais, nove deles contavam com funcionários treinados, um hospital com funcionários não treinados, e um firma contratada; um dos hospitais tinha para o serviço de limpeza funcionários com e sem treinamento e firma contratada, e um se utilizava de funcionários treinados e firma contratada. (Figura 10).

SERVIÇOS DE LIMPEZA REALIZADOS PELOS HOSPITAIS

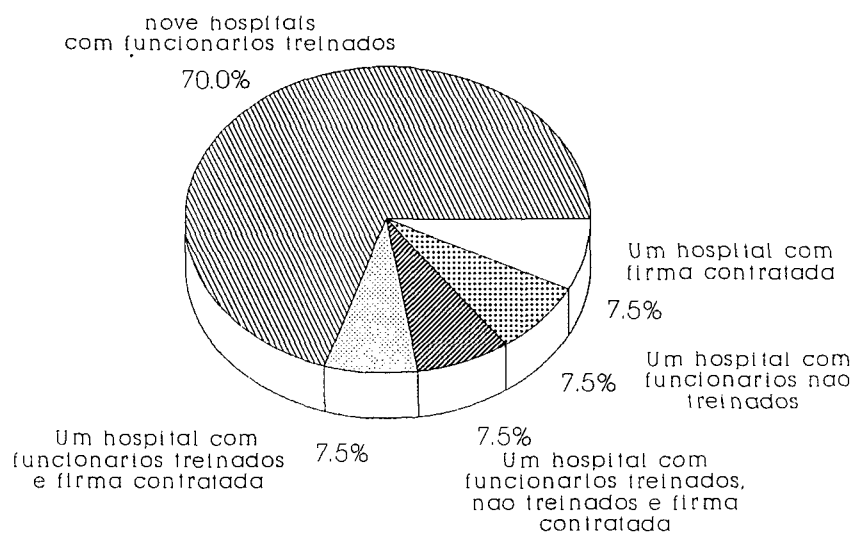


FIGURA 10: SERVIÇOS DE LIMPEZA

Dos 13 hospitais, dez participavam com suas Comissões no processo de aquisição de material médico-hospitalar e três não participavam. (Figura 11).

COMISSOES PARTICIPANTES NO PROCESSO DE AQUISICAO DE MATERIAL MEDICO-HOSPITALAR

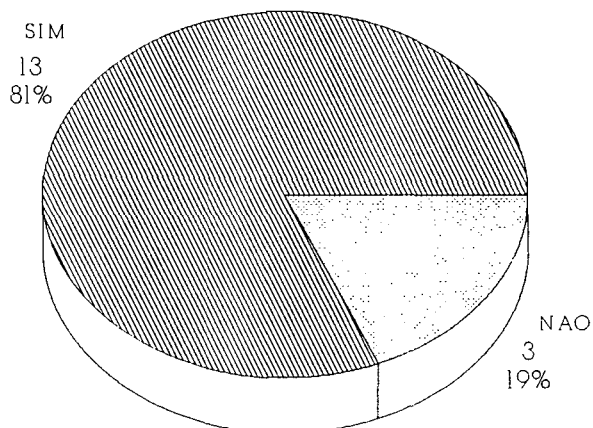


FIGURA 11: COMISSÕES PARTICIPANTES NOS PROCESSOS DE COMPRA

Os 13 hospitais indicaram os procedimentos que estavam normalizados em suas unidades.

Estavam normalizados em 12 hospitais que responderam ao quesito, os procedimentos de curativos, cateterismo vesical, nebulização, esterilização de material e desinfecção de materiais e áreas.

Note-se que apenas dois hospitais haviam normalizado a reutilização de materiais descartáveis e que um hospital de ortopedia e cirurgia cardíaca não havia conseguido ainda normalizar o funcionamento de seu centro cirúrgico. (Quadro 23).

QUADRO 23 - PROCEDIMENTOS NORMALIZADOS

PROCEDIMENTOS	H O S P I T A I S												
	1	2	3	4	5	6	7	8*	9	10	11	12	13
Curativo	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Flebotomia	X	X	X	X	X		X		X	X	X		
Cateteres centrais		X	X	X	X		X		X	X	X		
Cateterismo vesical	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Citoscopia		X	X								X		
Traqueostomia	X	X	X	X	X		X		X	X	X		
Punção lombar	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
Paracentese		X	X	X						X	X	X	
Diálise peritoneal		X	X								X		
Nutrição parenteral	X		X				X			X	X		X
Nebulização	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Assistência ventila- tória		X	X	X	X					X	X		
Pequenas cirurgias	X	X	X	X		X	X		X	X	X	X	
Preparo pré-operatório			X	X	X		X		X	X	X	X	X
Programação cirúrgica		X	X	X	X				X	X	X	X	
Isolamento	X	X	X		X		X				X		
Esterilização de materiais	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Reutilização de des- cartáveis							X				X		
Desinfecção de materiais	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Desinfecção de áreas	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Funcionamento do cen- tro cirúrgico		X	X	X					X	X	X	X	X
Administração de anti- bióticos		X		X			X		X	X	X	X	
Irrigação vesical			X	X						X	X	X	
Lactário			X	X					X	X	X	X	X
UTI		X	X		X					X	X		X

* Sem resposta.

Dos 13 hospitais, oito responderam já ter demonstrado algum índice de infecção hospitalar, três não o haviam ainda demonstrado e dois não responderam. (Figura 12).

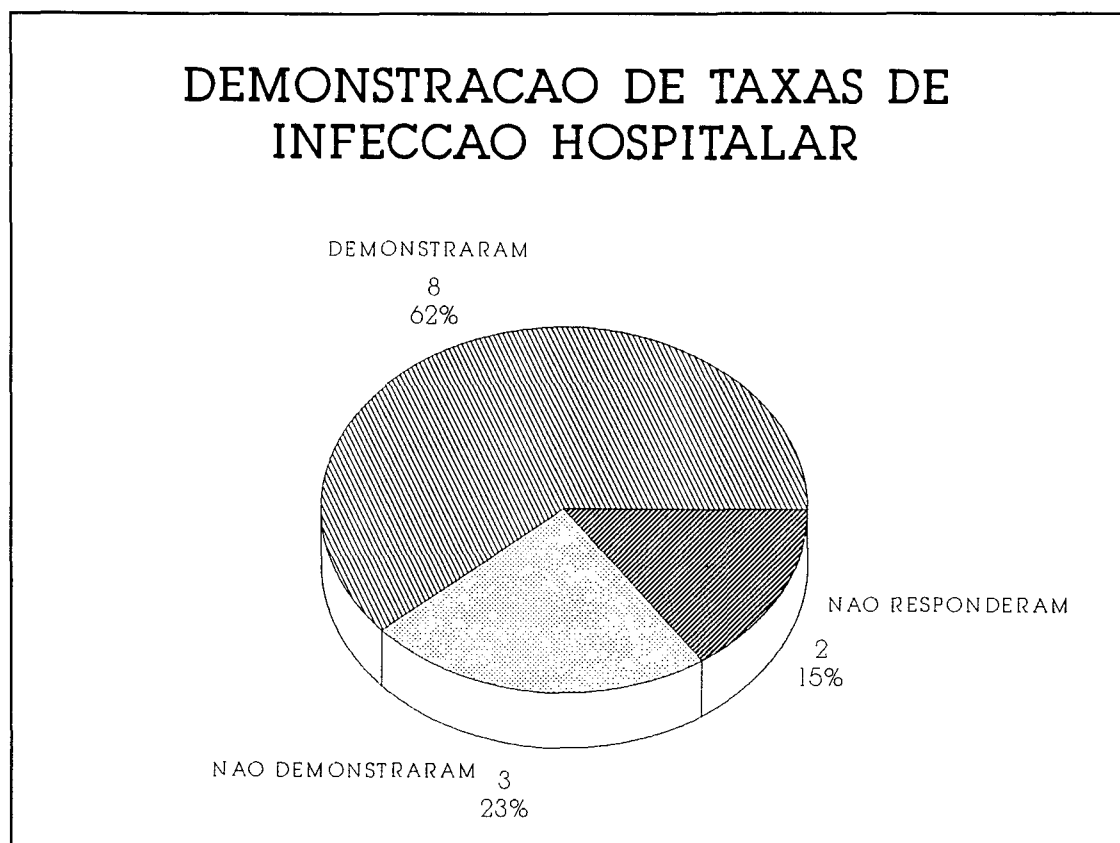


FIGURA 12: DEMONSTRAÇÃO DE TAXAS DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Da Figura 12, podemos inferir que dois hospitais que não responderam ao item em questão também não haviam ainda demonstrado algum índice de infecção hospitalar, apesar de possuir C.C.I.H. Somados aos outros três que também responderam não ter demonstrado nenhum índice, representavam 38% dos hospitais.

Os três hospitais que responderam não ter C.C.I.H. eram hospitais gerais. Um público vinculado à Secretaria de Justiça do Estado do Paraná, um privado lucrativo conveniado com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e outro privado não lucrativo, também conveniado com o INAMPS.

Dois eram de pequeno porte e um de médio porte.

Dois não possuíam laboratório próprio e um possuía laboratório apto a realizar exames de bacterioscopia, cultura de aeróbios e antibiograma. Em dois hospitais os germicidas não estavam padronizados.

Para o processo de esterilização, um se utilizava de autoclave horizontal e estufa, um de autoclave de alto vácuo e estufa e um de autoclave vertical e estufa.

Dois faziam o controle de esterilidade com fita adesiva para autoclave e estufa e um não fazia controle.

O serviço de limpeza era feito em um dos hospitais por funcionários treinados, em outro por funcionários não treinados e um não respondeu.

Apenas no hospital de médio porte estavam normalizados os procedimentos de curativos, flebotomia, cateterismo vesical, punção lombar, paracentese, nebulização, pequenas cirurgias, preparo pré-operatório, programação cirúrgica, isolamento, esterilização de materiais, reutilização de descartáveis, desinfecção de materiais e áreas, funcionamento do centro cirúrgico, administração de antibióticos e lactário.

4 DISCUSSÃO

4.1 DOS EGRESSOS

Dos 261 questionários enviados a egressos do Curso de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar, 79 foram respondidos. O percentual de respostas obtidas aos questionários enviados (30%) foi satisfatório, levando-se em consideração que o percentual de respostas a malas-diretas, costumam ser de apenas 5%. (FONTE: SERVIÇO DE CORREIOS E TELÉGRAFOS). Também estudos importantes na área de infecção hospitalar ou outras áreas (FERRAZ, 1981), confirmam a satisfação das respostas, não se podendo ignorar, porém, o percentual bastante elevado de não respostas (65%). No entanto, sendo o questionário de fácil compreensão e fácil preenchimento, com envelope já selado para resposta, pode-se inferir também, que no presente estudo, a não resposta fosse um indicativo do provável não envolvimento do egresso com atividades na área de controle de infecção hospitalar.

Dos 79 egressos que responderam ao questionário, 27 estavam trabalhando com controle de infecção hospitalar, 24 não estavam trabalhando nesta época e 28 nunca tinham trabalhado, antes ou depois do curso, com controle de infecção hospitalar.

Nota-se já aqui, que quase um terço dos profissionais que haviam feito o curso e responderam ao questionário, por vários motivos apresentados, nunca tinham trabalhado com controle de infecção apesar de se dispor a participar de um

curso de 40 horas, cujo objetivo era não só capacitar profissionais para o problema, mas também conseguir que esses profissionais montassem ou aperfeiçoassem comissões de controle de infecção hospitalar em seus locais de origem.

Falta de sensibilidade administrativa foi o principal motivo alegado por esses egressos para explicar o fato de não ter exercido funções na área. Embora esse estudo tenha demonstrado que questões administrativas sejam entraves reais ao desenvolvimento do trabalho de uma C.C.I.H., é também claro, pelo teor dessas justificativas que o curso foi insuficiente para preparar profissionais que pudessem, além de adquirir conhecimentos técnicos, agir como agentes de mudança de comportamento ativos, em instituições onde ainda não funcionassem comissões. Preparou sim, agentes passivos, técnicos, capacitados apenas para trabalhar em instituições onde o serviço de controle de infecção já existisse funcionando. Mas, como mostram os dados da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (Infecção hospitalar, 1991) que serão discutidos oportunamente, tal não era a situação dos hospitais paranaenses existentes na época. O próprio Ministério da Saúde, ao propor a estratégia de cursos multiplicadores, como resposta técnica e política para o problema da infecção hospitalar no país, escancarada com a morte do presidente Tancredo Neves, reconhecia que a imensa maioria dos hospitais brasileiros, mesmo alguns bem conceituados não estavam atentos ou preparados para o problema. (SILVA, 1985). Foi um erro imaginar que o curso, por mais bem elaborado em seus conteúdos didáticos que fosse, como foi o curso proposto pelo Ministério da Saúde, pudesse, além de transformar seus egressos, transformar igual e

paralelamente as instituições das quais os egressos foram encaminhados. Na verdade, técnicos embora treinados, não detêm a propriedade de mudar a estrutura de poder da instituição a que pertencem e portanto não se pode esperar que o treinamento altere magicamente a realidade, uma vez que a política do hospital, as atitudes de seus gerentes e a infraestrutura que comandam continuam as mesmas.

O Ministério da Saúde limitou-se a um treinamento sem sua correspondente política de recursos humanos, com discussão da seleção e destino da mão-de-obra. Os Centros de Treinamento, cumprindo as normas ministeriais, aceitaram em seus cursos qualquer profissional médico, enfermeiro ou outros, sem um processo seletivo que reforçasse os objetivos propostos pelo projeto. Informações do Centro de Treinamentos do Hospital de Clínicas da UFPR, dão conta que à época, os treinandos foram aceitos por suposta indicação de seus superiores (comunicação pessoal).

Em avaliação de egressos dos Cursos de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar, levada a efeito no Estado do Mato Grosso do Sul (BONAMIO, 1988), 80,6% dos profissionais foram designados por escolha das chefias. Esse modo de seleção pode incorrer em falhas se a direção da instituição não considerar o assunto importante ou se não levar em consideração o envolvimento pessoal do indicado com o assunto em questão. No estudo citado, 72,3% dos indicados por chefia não montaram Comissões.

"Os melhores membros de um programa de controle de infecção hospitalar são aqueles que voluntariamente expressaram seu interesse em trabalhar nele. Por outro lado, pessoal que foi arbitrariamente selecionado, sem evidência de real interesse na área, pode abandonar o

programa depois de receber treinamento especial, uma situação que implica em perda de tempo e dinheiro. Há sempre risco de abandono, mas ele é reduzido quando as pessoas mostram real interesse no programa". (LEON, 1987).

Falta de interesse específico na área de controle de infecção hospitalar foi outro motivo apontado para o não envolvimento dos egressos com a montagem e aperfeiçoamento das C.C.I.H., fato esse que corrobora o equívoco do processo de seleção.

Está claro o caráter introdutório do curso e nesse sentido, cumpriu seu objetivo de sensibilização. No entanto, os envolvidos com o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar apontaram o curso como a maior estratégia para o controle de infecção hospitalar no país.

Com relação aos 24 profissionais que responderam ter trabalhado com controle de infecção hospitalar após o curso, mas que no momento do inquérito não estavam mais trabalhando, falta de sensibilidade administrativa também apareceu como o segundo motivo mais importante para o abandono das atividades. O motivo mais citado (33,3%) foi a existência de outros encargos, o que pode ser dependência tanto de fatores pessoais como de falta de sensibilidade administrativa, citando como exemplo o caso dos profissionais de enfermagem desse grupo, onde a existência de outras obrigações foi a causa mais freqüente para o abandono do trabalho com C.C.I.H. À luz desta interpretação, falta de sensibilidade administrativa passa a ser na realidade, o motivo mais importante e mais freqüente para o abandono das atividades com controle de infecção hospitalar.

ADÉLIA SILVA, do Serviço de Vigilância Sanitária do Estado de Santa Catarina (em relato feito durante palestra na VI Jornada Paranaense de Controle de Infecção Hospitalar) cujo único Centro de Treinamento no Estado, entre 1985 e 1992 treinou mais de duzentos profissionais, afirmou que poucos destes profissionais estavam trabalhando com controle de infecção hospitalar e creditou este fato, pelo menos parcialmente, à falta de receptividade por parte dos hospitais que exerceram pressão política contrária ao programa de controle de infecção, por se sentirem prejudicados. No mesmo relato, foram apontados também como causas de dificuldade ao desenvolvimento de um programa eficiente, a falta de respaldo político ao serviço da Vigilância Sanitária e o fato de não existir assim, um trabalho paralelo de cobrança do cumprimento da portaria nº 196/83.

Há uma diferente relação administrativa médico-hospital, enfermeiro-hospital nos estabelecimentos privados, onde o médico-autônomo se contrapõe ao enfermeiro-empregado, o que demonstra, com relação aos profissionais de enfermagem, no mínimo, incompetência dos administradores em organizar as diversas atividades desses profissionais, ou talvez em alguns casos mais graves, o descumprimento das Normas Técnicas preconizadas para Hospitais, que têm como parâmetros mínimos: enfermeiro para chefiar serviço de enfermagem do hospital, enfermeiro para supervisão do pessoal de enfermagem; e como atividade de funcionamento, participar da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e assegurar o cumprimento das medidas de controle de infecção nas unidades de atuação da enfermagem, elaborar relatório de atividades e manter manual de rotinas

atualizado e o seu cumprimento. (FUNDAÇÃO CAETANO MUNHOZ DA ROCHA, 1989).

Exemplo óbvio da importância da sensibilidade administrativa em relação ao problema da infecção hospitalar se traduz nas implicações do ato mais simples e mais eficaz para seu controle: o de lavar as mãos. É sabido que a simples lavagem das mãos pode prevenir até 80% das infecções hospitalares. (LEME, 1990). Artigos em revistas especializadas se dedicam ao ensino de sua técnica e uso. (BRASIL. Manual de controle de infecção hospitalar, 1985; BRYAN, 1986; DAVIS, 1982; GARNER, 1986; REYBROUCK, 1986; SANTOS, 1985; SCHAFFNER, 1982; STEERE, 1975).

No entanto, todos são unânimes em ressaltar a necessidade da existência de facilidades para essa prática, como a existência de pias em quantidade suficiente, adequadas às proporções da arquitetura hospitalar, em localizações que facilitem seu uso freqüente, de preferência acionadas com o pé ou com o cotovelo. Ressalte-se também a necessidade da troca freqüente das barras de sabão, do uso de anti-sépticos e de toalhas de papel e porta-toalhas adequados. É evidente que todas essas medidas, dependem para serem efetivadas, destacadamente em hospitais de construção antiga, da ação compromissada dos responsáveis pela manutenção administrativa e financeira desses hospitais e pela administração dos serviços, representados pelos seus respectivos diretores ou chefes.

Outro exemplo de não superação de dificuldades usando-se apenas a via de treinamentos, foi o relatado pelo Centro de Treinamento do Hospital de Doenças Tropicais de Goiânia, Centro de Referência do Ministério da Saúde em Goiás, que, embora

treinando mais de trezentos profissionais em dois anos, não conseguiu viabilizar a criação de uma comissão central para o controle de infecção hospitalar e nem a criação de um sistema de vigilância epidemiológica para o Estado apesar dessas medidas terem sido aprovadas por uma Comissão Interinstitucional de Saúde. (PEREIRA, 1986).

A insuficiência de treinamentos para superação de tais dificuldades já havia sido intuída pelo Doutor Lauro Coscina, infectologista do Hospital Albert Einstein, (FERRARI, 1985) que assim se referiu ao Programa de Capacitação de Recursos Humanos para Controle de Infecções Hospitalares:

"Embora seja uma medida louvável, ela será inócua na medida em que deverá permanecer na teorização. Se não existem laboratórios, se não existem microbiologistas clínicos, se não existem recursos para a compra de anti-sépticos, de material adequado, dificilmente esse treinamento sairá do plano teórico."

O infectologista reconhece que comissões bem organizadas, com apoio técnico e administrativo, podem ser muito eficientes no combate à infecção hospitalar, porém sem uma infra-estrutura adequada, elas pouco podem fazer.

Também CAVALCANTE, MACHADO e OLIVEIRA (1987) afirmam a importância do envolvimento da direção do hospital para a organização e o funcionamento das C.C.I.H., considerando "imprescindível o apoio integral" dessa direção, a fim de que "as normas elaboradas sejam cumpridas, pois do contrário estas comissões serão apenas um apêndice decorativo" (grifo no original).

A avaliação de 58 egressos de seis cursos de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar realizados ao longo de quatro anos (BONAMIO, 1988), com resposta aos questionários por

parte de 36 egressos, mostrou que 29 deles não constituíram comissões (80,6%). Para tal resultado de características frustrantes, os profissionais indicaram como obstáculos resistência do corpo administrativo e dificuldade de envolver outros profissionais. Dos sete egressos que constituíram comissões, três alegaram que logo elas se inativaram por falta de apoio institucional.

A resistência do corpo administrativo, como entrave para a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos foi citada dezessete vezes pelos 36 egressos que responderam ao questionário, sendo que a alegação mais freqüente do corpo de administradores hospitalares para tal resistência era a escassez de recursos materiais, financeiros e humanos para pôr em funcionamento medidas de prevenção e controle de infecções hospitalares. A resistência dos profissionais médicos em notificar os casos de infecção hospitalar foi apontada como o segundo motivo mais freqüente.

Note-se aí a dificuldade dos egressos, não suprida pelo Curso, de desenvolver e promover um programa de controle de infecção, não baseado exclusivamente na notificação de casos pelos médicos atendentes, mas como por exemplo, no uso da busca ativa, na normalização de procedimentos de risco, na padronização de antimicrobianos, entre outras. Também foi insuficiente para dotar os egressos de argumentação contra a falácia dos altos custos de um programa de controle de infecção hospitalar, que conforme demonstram vários estudos e artigos (LEON, 1987; ZANON, 1979; KORBES, 1983; TARALLI, 1986) são de pequena monta, comparados aos custos resultantes da maior permanência hospitalar, do uso indiscriminado de

antimicrobianos, da falta de padronização de germicidas, sem contar o impacto sócio-econômico da mortalidade e morbidade e sofrimento dos impossibilitados de trabalhar e produzir, relacionados às infecções hospitalares. " É sem dúvida da área administrativa do hospital que deve vir a maior parte dos gastos derivados da área de controle de infecção hospitalar e do tratamento das infecções adquiridas durante a hospitalização". (LEON, 1987).

Assim, o Curso deveria ter instrumentado seus participantes para uma discussão aprofundada sobre o custo/benefício de um programa de controle de infecção hospitalar, podendo usar para tal, informações obtidas de outros hospitais. Claro está , que a organização de um programa de infecção hospitalar não é tarefa fácil, envolvendo várias pessoas, cada uma delas tendo de estar convencida da necessidade de mudanças de suas atividades.

Segundo KORBES, à primeira vista, a implantação de uma C.C.I.H. é um investimento caro, porém, através de sua atuação, constata-se um alto grau de retorno, em virtude da função primordial do controle, promovendo, dessa forma, a maximização de resultados, originando um autêntico aumento de produtividade (KORBES, 1983).

Cada hospital é também único, com suas particularidades, originalidades, estrutura de poder. Dentro dessa ótica, o passo inicial e lógico para um programa é a identificação e análise racional dos problemas locais acompanhados de propostas de solução.

A importância do apoio integral da direção hospitalar é também valorizada por outros autores e artigos (ZANON, 1979;

MARQUES, 1974, KORBES, 1983, TARALLI, 1986).

Em estudo realizado no Mato Grosso do Sul (BONAMIO, 1991) a autora define o descuido das instituições hospitalares como principal causa da inaplicabilidade das medidas da Portaria nº 196/83. "Essa desatenção vai desde a forma como o problema é encarado, do modo de seleção dos profissionais que vão realizar o curso, até a tentativa de 'economizar' recursos" e considera que "quanto à administração hospitalar, uma abordagem mais direta por parte do Ministério da Saúde, mostrando o benefício da adoção de medidas preventivas, será uma imposição para que se efetive o programa de Controle de Infecção Hospitalar." E sugere, como solução: cobrança efetiva das medidas de prevenção e controle por parte do Ministério da Saúde, representado pelas Secretarias Estaduais e supervisão da Vigilância Sanitária na obediência às normas.

Essa afirmação feita em 1988, embora tenha fundamento teórico, hoje, após a promulgação da nova Constituição Federal, e da edição da Lei Orgânica da Saúde, que preconiza um Sistema Único de Saúde (SUS), a responsabilidade da abordagem direta não pode ser deixada a cargo exclusivamente do Ministério da Saúde, uma vez que, a descentralização preconizada pelo SUS, evoca três níveis de gestão: o federal, representado pelo Ministério da Saúde, cujo papel maior é o da definição de políticas e normas nacionais; o estadual, como papel de promover a adequação regional dessas políticas e normas, incentivar sua implantação e fiscalização; e o municipal, com sua tarefa de execução dos serviços e atendimento direto das necessidades de saúde dos cidadãos.

Na situação atual, a intervenção direta, dentro da lei, em relação ao cumprimento da portaria ministerial cabe hoje aos estados e municípios, representados pelos seus respectivos gestores, ou seja, secretários estaduais e municipais de saúde, sob cujo comando estão os serviços de Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

Para os egressos que não estavam trabalhando com controle de infecção no momento do inquérito, mas que durante algum tempo tinham desenvolvido trabalho na área, esse tempo não ultrapassou em sua maioria o prazo de dois anos (50,8%). Após quatro anos, a maioria absoluta dos profissionais (91,6%) já havia abandonado suas atividades com controle de infecção hospitalar, o que confirma os dados do Ministério da Saúde que apontam uma flutuação nas equipes das C.C.I.H. a cada quatro anos (Fonte - Ministério da Saúde).

Note-se que dos 24 profissionais que já tinham em algum momento trabalhado com controle de infecção a grande maioria (66,7%) expressou desejo de tornar a fazê-lo, mostrando que tais profissionais realmente estavam motivados para este tipo de trabalho. Corrobora essa idéia, o fato de apenas um desses profissionais ter abandonado o trabalho com controle de infecção hospitalar por questões salariais, isto é pela falta de um salário específico. O relatório nos Estados Unidos, mandado elaborar pelo então Secretário de Saúde, Educação e Bem-Estar, (MILLS, 1986) revela que a remuneração vinha apenas em quinto lugar (depois de mais autoridade, melhores informações, melhores meios e trabalho mais interessante), como razões de satisfação no trabalho. Outro estudo citado na mesma referência, realizado em 1974 por uma firma especializada em

pesquisas, mostrou que o principal incentivo no trabalho não era a remuneração mesmo entre pessoas sem curso superior.

No entanto, embora o trabalho e o curso sejam suficientemente motivadores do ponto de vista profissional, não detêm o efeito de motivar os hospitais através de seus egressos, que além de guardar uma relação conflitante com a parte administrativa, não têm poder decisório.

Esta situação que havia surgido nas respostas aos questionários, foi verificada na prática quando do início do Curso pelo Centro de Treinamento do Hospital de Clínicas, já que alguns hospitais ao serem convocados, não puderam de início participar, por não ter nem um único profissional enfermeiro em seu quadro, num claro descumprimento das Normas Técnicas anteriormente citadas, e numa manifestação inequívoca de má administração hospitalar e de desrespeito à saúde de sua clientela.

O grupo dos profissionais que estavam trabalhando com controle de infecção à época do inquérito, compunha-se de 13 médicos, 11 enfermeiros e 3 profissionais pertencentes a outras categorias. Desses 27 profissionais, cinco pertenciam ao próprio Centro de Treinamento do Hospital de Clínicas. Excluídos os integrantes do Centro de Treinamento, 12 profissionais, apesar de ter respondido que trabalhavam com controle de infecção, não dedicavam tempo específico às Comissões, o que pressupõe a ineficácia e ineficiência de suas ações.

O resultado obtido pelo trabalho desses profissionais, na prática, se equivaleria ao dos que declararam que não exerciam atividades na área de infecção hospitalar. Para SAMUEL

PONCE DE LEON, mesmo que seja útil e cômodo para a Comissão de Infecção Hospitalar ser importante do ponto de vista acadêmico e político, mais importante que isto é que ela seja composta por membros que devam tempo suficiente às suas atividades. (LEON, 1987).

Dez profissionais (quatro médicos, cinco enfermeiros e um profissional de outra categoria) dedicavam uma média de 3,2 horas por dia para o controle da infecção hospitalar, média esta, inferior ao que hoje determina a Portaria nº 930/92 (BRASIL. Portaria nº 930 de 27 de agosto de 1992), e bastante inferior à média conseguida pelos cinco profissionais do Centro de Treinamento, que foi de 6,8 horas diárias, isto é, cinco profissionais faziam uma média duas vezes maior que a média de outros dez profissionais envolvidos com controle de infecção hospitalar.

Do exposto, conclui-se que dos 27 profissionais que responderam estar trabalhando com controle de infecção hospitalar, somente 15 efetivamente o estavam, ficando a maior carga horária com a equipe dos próprio Centro de Treinamento.

Esses 15 profissionais com trabalho efetivo, apontaram as maiores dificuldades encontradas para o desenvolvimento de seu trabalho. Em primeiro lugar, foi citado o controle do uso de antimicrobianos e em segundo lugar a supervisão e execução das normas e medidas da C.C.I.H. e em terceiro lugar apoio laboratorial. Dificuldades com treinamento apareceu apenas em três questionários. Isso mostra que treinamentos não são a primeira necessidade ou preocupação de quem já trabalha com controle de infecção hospitalar e mostra como mais importantes, necessidades que basicamente precisam de apoio administrativo,

seja para organização dos serviços, seja para destinação de recursos para determinadas atividades.

Interessante notar que mesmo para os profissionais que estavam trabalhando, dificuldades administrativas foram citadas como um dos problemas para o trabalho com controle de infecção hospitalar, o que corrobora a idéia de que um programa de controle de infecção deve necessariamente sensibilizar gerentes hospitalares, pois suas atividades podem dificultar, impedir ou transformar o trabalho das C.C.I.H.

Para os profissionais que trabalham com controle de infecção, o fortalecimento das Comissões estaria passando, segundo se depreende das dificuldades anotadas, por aperfeiçoamento dos já envolvidos no trabalho e/ou pela sensibilização/motivação dos administradores e diretores hospitalares.

4.2 DOS HOSPITAIS

Ao analisar os questionários enviados pelos hospitais de Curitiba, Região Metropolitana e Públicos Estaduais, estava-se ciente de que cada hospital tem suas próprias características, é único, é original, mesmo apresentando semelhanças em relação a outros.

Dessa forma, a análise dos dados encontrados nas respostas ao questionário, faz apenas uma caracterização do funcionamento das C.C.I.H. existentes.

Dos 57 questionários encaminhados aos hospitais, retornaram 16 questionários (28%) representando 2540 leitos.

Apesar da expressiva morbi-mortalidade da infecção hospitalar, três dos 16 hospitais que responderam ao questionário, não possuíam C.C.I.H.

Dos 13 hospitais que afirmaram ter C.C.I.H., podemos considerar que apenas quatro hospitais, pela data de início de funcionamento de suas Comissões posterior ao início dos treinamentos, podem ter sido levados a constituí-las motivados pelo Curso Introdutório ao Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde. No entanto, nenhum dos quatro possuía em suas Comissões, membros que houvessem participados dos cursos fornecidos pelo Centro de Treinamento. Os oito hospitais restantes já possuíam Comissões anteriores ao surgimento do programa de treinamento. Aqui, como no caso da avaliação dos egressos, o percentual de não respostas de 72%, pode também sugerir que os hospitais que não responderam ao questionário não tinham C.C.I.H. funcionantes.

Quando se analisou o quadro referente à composição das equipes que formavam as C.C.I.H., frente ao recomendado na literatura, percebeu-se de imediato, que somente quatro hospitais possuíam em suas Comissões a presença do bacteriologista. A figura do administrador deixou de compor a equipe em cinco hospitais. Um dos hospitais de porte médio, não possuía em sua equipe o enfermeiro, que havia sido substituído em suas funções por um auxiliar de enfermagem.

O documento Normas Técnicas para Hospitais (FUNDAÇÃO CAETANO MUNHOZ DA ROCHA, 1989) embora não defina composição e número de profissionais para C.C.I.H., é bem claro em

considerar que em relação aos serviços de enfermagem, são necessários, minimamente, um profissional para chefiar o serviço de enfermagem e um profissional para a supervisão do pessoal de enfermagem. Entre as atividades descritas como sendo de competência deste profissional, consta: participar da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Assim, o hospital acima citado, além de não ter em sua C.C.I.H. um enfermeiro, descumpria também a lei nº 7.498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, que atribui ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral. (BRASIL. Lei nº 7498, 1986).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), além do bacteriologista e anatomopatologista, pediatra, cirurgião, internista, enfermeiro e administrador hospitalar devem compor as Comissões representantes de outros serviços como obstetrícia, anestesiologia, nutrição, subgerentes a nível central, representantes dos serviços de engenharia, instalações e limpeza, que devem assistir e participar de suas reuniões, quando indicado. A OPAS também aponta como valiosa a participação nas Comissões de um representante do setor público de saúde. (TOP, 1970).

Alguns autores (MARQUES, 1974), indicam que a Comissão deva ser formada por um clínico, um cirurgião, um enfermeiro, um sanitarista ou epidemiologista. OSTERMAN (1982) defende a participação de profissionais específicos para o controle da infecção hospitalar.

Para ZANON, NEVES, AGUIAR e COSTA (ZANON, 1979), "o modelo geralmente proposto para a constituição dessa comissão

prevê a participação de um clínico, um cirurgião, um enfermeiro, um bacteriologista ou epidemiologista e um farmacêutico." Para CAVALCANTE (1987) o núcleo básico deve ser composto por um cirurgião, um médico epidemiologista, um enfermeiro, um bacteriologista e um farmacêutico. Para HUTZLER (1976) a Comissão deveria ser fundamentalmente composta por uma enfermeira, um médico, um membro da administração hospitalar, um clínico, um cirurgião e um pediatra do corpo clínico do hospital.

O Manual de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, por sua vez, recomenda como núcleo básico, a participação dos serviços médico e de enfermagem, do laboratório de análises clínicas, dos médicos residentes, no caso de hospitais-escola, da farmácia hospitalar e da administração.

No entanto, ainda mais importante do que a composição das C.C.I.H. é contar com profissionais que realmente se dediquem a elas.

Está claro que grande parte dos profissionais envolvidos nas Comissões não dedicavam tempo suficiente ao trabalho com controle de infecção hospitalar o que deixa muitas dúvidas quanto à sua eficácia.

Note-se que dois hospitais referiam não ter um tempo específico para o trabalho de suas Comissões. Também é destacado por vários autores, a importância do envolvimento da figura do administrador hospitalar na Comissão, para o sucesso de um programa de controle de infecção. (LEON, 1987; TARALLI, 1986, GUIMARÃES, 1985).

Na literatura se encontra referência ao número de médicos e enfermeiros necessário como parâmetro mínimo para o funcionamento de um hospital. (FUNDAÇÃO CAETANO MUNHOZ DA ROCHA, 1989). Conquanto a Portaria nº 196/83 não definisse composição e carga horária da C.C.I.H. a Portaria nº 930/92 (BRASIL. Diário oficial da República Federativa do Brasil, 1992) que a revogou, especifica claramente que todo Serviço de Controle da Infecção Hospitalar (S.C.I.H.) deverá ter obrigatoriamente em sua equipe um médico e um enfermeiro para cada 200 leitos cuja carga horária deve ser de no mínimo 4 a 6 horas diárias, sendo que o profissional enfermeiro deve ser exclusivo do S.C.I.H. Portanto, a ausência de uma carga horária fixa, a ausência de um tempo específico e de uma periodicidade definida para as atividades de controle de infecção hospitalar, autoriza uma interrogação a respeito da qualidade desse controle.

Vários autores destacam a importância de se realizar reuniões com periodicidade. A função mais importante da Comissão, entre outras, é a de realizar reuniões periódicas. (MARQUES, 1974). Reuniões periódicas, mesmo na ausência de surtos epidêmicos, devem ser feitas para recomendação de novas medidas de rotina e ajustadas ao combate à infecção hospitalar. (ZANON, 1979). Também se recomenda o exame mensal de todos os achados. (HNATKO, 1975).

A OPAS recomenda, que a C.C.I.H se reúna regularmente, pelo menos uma vez ao mês e extraordinariamente se for necessário. (TOP, 1970).

Não há entre os autores ou nas recomendações da OPAS, qualquer referência ao fato de que a periodicidade das reuniões

e atividades de uma C.C.I.H. devam estar condicionadas ao número de leitos hospitalares ou à natureza do hospital atendente.

A eficácia das C.C.I.H. de alguns dos hospitais respondentes também pode ser questionada, comparando-a com as orientações da OPAS (TOP, 1970) que recomenda que todo hospital tenha uma C.C.I.H. encarregada de investigar, controlar e prevenir as infecções dentro do hospital mediante o estabelecimento de controles eficazes, incluindo a notificação obrigatória dos casos de infecção e isolamento (quando este for indicado), a adoção de técnicas para o descobrimento de casos entre pacientes que tiveram alta, a disponibilidade de serviços bacteriológicos adequados e o fomento de seu emprego, a prática de aconselhar a restrição do uso de antibióticos, o registro e análise de dados, a revisão de normas e práticas de assepsia, a adoção de programas para a instrução do pessoal em relação à assepsia, e consideração da importância do fator humano na prevenção e controle das infecções.

O documento da OPAS conclui que a experiência confirma o valor dessas recomendações fundamentais e também indica a conveniência de ampliar e estender as atividades das C.C.I.H. nos hospitais. (TOP, 1970).

Recomenda ainda a OPAS, às C.C.I.H., examinar e avaliar o significado epidemiológico dos casos novos registrados de infecção, tanto em pacientes como em empregados, desde a última reunião.

Como já dito anteriormente, pelo menos três hospitais que contavam com C.C.I.H., desempenhavam um número muito pequeno de atividades em relação ao elenco de atribuições que

uma Comissão pode ter.

Com relação ao uso de antimicrobianos, sete hospitais ainda não haviam implantado normas para seu controle. Segundo IGOR MIMIÇA, professor de Microbiologia e Imunologia da Faculdade de Ciências Médicas, da Santa Casa de São Paulo, (FERRARI, 1985),

"poupar o contato desnecessário entre os causadores de infecção e as armas que os combatem é uma medida que prolongará a vida útil das descobertas da farmacologia, permitindo que continuem prestando um grande benefício à saúde pública. O ideal é criar normas nos hospitais, rigorosas, para o controle de uso de antimicrobianos. A padronização do uso de alguns antibióticos pode ser uma saída, para se evitar queima desnecessária de recursos terapêuticos tão preciosos".

No mesmo artigo, Alexandre Adler, do Hospital de Clínicas do Rio de Janeiro aponta: "muitos cirurgiões que operam em condições precárias de higiene, costumam adotar o uso de antibióticos como medida preventiva à contaminação de pacientes, quando nesses casos o melhor preventivo é aplicar água e sabão no centro cirúrgico".

É preciso lembrar no entanto, que controle do uso de antimicrobianos não costuma ser tarefa fácil. Profissionais médicos repetidas vezes encaram tal fato como ingerência das C.C.I.H. em suas práticas. Uma medida de superação de tais dificuldades pode ser a adequação da comunicação e a reiteração das informações dirigidas ao pessoal médico. Está claro que

"o objetivo deste controle não é 'policiar' o uso de antimicrobianos, mas sim, trazer uma maior orientação quanto aos possíveis fatores que possam afetar a eficácia terapêutica do medicamento, ajustamento de doses e logicamente a cura dos pacientes". (LEÃO, 1987).

Lembrar ainda que uma política de racionalização do uso de antimicrobianos reduz gastos, consumo e evita aparecimento de estirpes multirresistentes (HERHOLZER, JR., 1987; SARTORI,

1990) sendo que a ficha de controle do uso de antimicrobianos tem papel importante na redução do consumo destes importantes elementos terapêuticos.

Não deve ser esquecido que por trás do uso de antibióticos

"há uma poderosa indústria farmacêutica, que consegue, através de sofisticados e eficientes meios de propaganda, criar no médico a compulsão de receitar. A deformação do conhecimento sobre infecção conduz, inapelavelmente, o médico a cometer iatrogenias, por ação ou inação". (NEVES, 1981)

Com relação aos treinamentos pôde-se notar que não se constituíam em dificuldade para as Comissões de 11 dos 13 hospitais que responderam ao questionário.

Estes 11 hospitais, assumiram a tarefa de treinamento como parte integrante de suas funções. Note-se que somente dois profissionais entre todos os envolvidos com as 13 Comissões, haviam realizado como alunos o Curso de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar.

Com relação ao laboratório, quatro hospitais não possuíam recursos técnicos próprios para o diagnóstico das infecções. Os hospitais que possuíam recursos laboratoriais próprios estavam todos aptos a realizar exames bacterioscópicos, mas apenas três tinham condições de realizar cultura de anaeróbios.

Segundo EDUARDO CISALPINO, da Universidade Federal de Minas Gerais (FERRARI, 1985), 90% dos hospitais brasileiros não tem laboratórios de microbiologia, 70% não tem laboratório de bacteriologia e parasitologia, e só 10% tem condições sanitárias e infra estrutura ideais de funcionamento.

Sete hospitais referiam estar notificando e investigando epidemiologicamente os surtos de infecção hospitalar.

Segundo o documento da OPAS (TOP, 1970)

"... nenhum programa de prevenção e controle de infecções hospitalares pode ter êxito contínuo e consistente sem assistência microbiológica competente. O laboratório de microbiologia constitui um importante meio de informação da C.C.I.H. nos hospitais. O significado pleno de uma infecção dentro de um hospital pode resultar inaparente enquanto não se tenha estudado uma cultura no laboratório; o significado de casos múltiplos pode passar completamente inadvertido até que se disponha de dados laboratoriais que estabeleçam uma correlação entre os resultados."

"... O ideal, com variações impostas pelo tamanho do hospital e das instalações de laboratório existentes é que se reúnam as seguintes condições:

- 1 - Representação do laboratório na Comissão de Controle de Infecção em Hospital.
- 2 - Cumprimento, por parte do laboratório, no que diz respeito a todas as necessidades de pessoal do hospital, tanto no trabalho diagnóstico de rotina, como na investigação de casos isolados ou epidêmicos de doenças infecciosas, como em assistência para manter uma vigilância bem organizada do meio hospitalar.
- 3 - Habilidade para obtenção de culturas.
- 4 - Preparação oportuna de informações úteis para o controle de infecção.
- 5 - Manutenção de registros completos que podem ser utilizados para fins de vigilância, se for desejado.

É fundamental que o laboratório de microbiologia seja competente para que se possa confiar nos dados. Esta competência, sem dúvida, não será adequada se não se dispuser de instalações e tempo (grifo nosso); os dois primeiros são pressupostos e a terceira questão requer planejamento inteligente. Na realidade, o planejamento para o emprego habitual e de emergência do laboratório de microbiologia é uma das responsabilidades fundamentais de uma Comissão ..." (TOP, 1970).

"... Isso é indispensável para que os serviços laboratoriais, não se reduzam a um nível inferior de atenção que devem receber os doentes internados."

Pesquisa levada a efeito em Curitiba, em 1976, mostrava que 19,1% dos hospitais da cidade não possuía serviço de laboratório. (ZANON, 1975).

Embora o fato do hospital não possuir um laboratório próprio não o impeça de ter acesso a um serviço de boa

qualidade, é certo que o distanciamento físico pode impedir a manutenção de um bom entrosamento entre a clínica e o laboratório, prejudicando a avaliação da evolução dos casos. (GUIMARÃES, 1985).

Com relação aos procedimentos de esterilização, os hospitais indicaram os equipamentos e os tipos de testes de esterilidade usados. Segundo o secretário geral do Sindicato dos Hospitais (HOSPITAIS, 1991) do Estado de São Paulo, Julian Czapski, falhas na esterilização de instrumental cirúrgico ajudam a elevar o número de casos de infecção hospitalar, mas, "... O problema não está no equipamento adotado, estufa ou autoclave, mas em falha humana e na falta de avaliação periódica do processo". E diz "não há como resolver o problema da infecção na atual situação dos hospitais. Falta dinheiro para treinar bem os funcionários e mantê-los estáveis no emprego". Essa afirmação contém apenas uma verdade: a de que a estabilidade do corpo de técnicos, auxilia no controle da infecção. Uma população flutuante de funcionários, dificulta normalização dos procedimentos e técnicas de esterilização e desinfecção. No entanto, como o presente estudo demonstra, treinamento não é a medida mais eficaz para o controle dessas práticas. Gerência, supervisão, currículo e educação permanente são práticas mais eficazes. (MACRINA, 1986; SILVA, 1985). Também se falta dinheiro aos hospitais, esse é mais um motivo para se investir em controle de infecção hospitalar. (AGUIAR, 1977; GUIMARÃES, 1986; LOSSA, 1986). Segundo MILLS (1986)

"é de bom senso administrativo (...) procurar formas de reduzir os custos de mão-de-obra, por meio do melhor aproveitamento da força de trabalho já empregada. (...) a medida que o capital se torna escasso os empresários (...) talvez estejam começando a desconfiar que o

alcance potencial da contribuição humana (...) em contraposição a contribuição do capital pode e deve ser bem mais amplamente compreendido e desenvolvido do que em tempos mais prósperos."

Em relação aos testes de esterilidade, convém ressaltar que não havia uniformidade quanto ao controle de qualidade feito pelos hospitais. O questionário não permitiu estabelecer se tal controle e outros indicados eram feitos com periodicidade, o que daria a segurança de que estavam sendo utilizados de forma adequada.

Quanto ao serviço de limpeza, observou-se que três hospitais usavam de firmas contratadas para tal fim.

"Encontrar empresa qualificada para desenvolver o serviço de limpeza e desinfecção pode não ser fácil, por que o mercado ainda não foi saneado e é comum deparar-se com inúmeras empresas sem competência para executar o trabalho". (ELKIS, 1985)

Sugere-se visitas às limpadoras e solicitação de um anteprojeto para ajudar na escolha da melhor empresa. No entanto sabe-se que no processo de concorrência muitas vezes se é obrigado a optar pelo menor preço que muitas vezes pode não significar o melhor serviço.

Lembre-se que cabe à C.C.I.H. (ZANON, 1979) examinar e supervisionar os contratos firmados com companhias de limpeza, para verificar se foram feitos em condições de assegurar ao hospital o emprego dos germicidas mais adequados ou se as empresas estão realmente cumprindo suas obrigações contratuais.

Essa obrigação é tanto maior, quando se sabe que nos processos de limpeza, o elemento humano é fator importante em relação à sua segurança e propriedade com que o serviço é executado.

Firmas contratadas têm maior mobilidade em seus quadros de pessoal, o que contribui para uma maior dificuldade na padronização dos rituais de limpeza. Na hipótese de tais firmas providenciarem treinamento para seus funcionários, ainda assim o treinamento dado poderia não ser o mais adequado ou o mais correto.

Chama a atenção que dois hospitais estudados usassem para os serviços de limpeza, funcionários sem qualquer tipo de treinamento. Para o bom desempenho, o servidor recém-admitido deve receber um treinamento inicial, mesmo que disponha de preparo prévio ou curso específico ou alguma experiência na área. (BRASIL. Manual de lavanderia hospitalar, 1986).

"Além do treinamento inicial para recém-admitidos, deve-se se programar a educação em serviço para os servidores em geral, oferecendo oportunidades de atualização e maior participação no desenvolvimento do serviço como um todo". (BRASIL. Manual de lavanderia hospitalar).

Também em relação ao processo de aquisição de material médico hospitalar, foram três os hospitais que informaram não participar dos processos de licitação. É recomendação da OPAS que Comissões devam

"verificar se a aquisição de um novo item de equipamento é compatível com o estabelecimento, de facilidade para desinfecção e/ou esterilização, se a modificação técnica ou peça do equipamento ou especificamente de um produto de limpeza ou desinfecção é aceitável para os serviços gerais e para a administração".

Segundo (ZANON, 1979)

"cabe à Comissão examinar e supervisionar as licitações para compra de germicidas para o hospital, a fim de assegurar que os produtos seja adquiridos em função de seus componentes ativos e não de marcas comerciais, para verificar se as concentrações dos agentes germicidas das preparações oferecidas estão formuladas nas concentrações corretas, para que esses produtos não venham a constituir mais um ônus financeiro para o hospital e por serem demasiadamente diluídos, não coloquem em risco os pacientes".

Embora a participação em processos de aquisição e licitação de material médico-hospitalar não seja descrita no Manual de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, (BRASIL. Manual de controle de infecção hospitalar, 1986) como uma atividade básica ou prioritária de uma C.C.I.H., essa participação pode ser certamente benéfica, tanto para os hospitais como para seus pacientes.

Com relação a procedimentos normalizados, é clara a dificuldade de se normalizar o uso de materiais descartáveis, uma vez que somente dois hospitais o haviam conseguido.

"... A reutilização de produtos médico-hospitalares descartáveis tem sido uma prática largamente encontrada nos serviços de saúde do país e do exterior, com implicações tanto de ordem técnica quanto de ordem ética, legal e econômica". (BRASIL. Reunião de peritos, 1985).

A base da reutilização de descartáveis é, na maioria das vezes a tentativa gerencial de se reduzir custos. No entanto, tal reutilização só pode ser aceitável se o reproprocessamento for tecnicamente viável, garantir segurança, não alterar as características originais do artigo e ser importante em função do alto custo unitário da peça. (BRASIL. Reunião de peritos, 1985).

Sob a ótica exclusivamente administrativo-financeira tal reutilização pode parecer bastante desejável. Cabe às C.C.I.H., orientar os gerentes em relação a essa prática, seguindo o aconselhado pelo Ministério da Saúde em documento específico para tal.

Outra dificuldade apontada foi a normalização do funcionamento do centro cirúrgico. Essa dificuldade ocorre nos hospitais na maioria das vezes, por terem seus cirurgões

atividades ambulatoriais particulares no período da tarde. Dessa forma, acumulam-se cirurgias no período da manhã, dificultando o serviço de limpeza das salas do centro cirúrgico. Se os membros da C.C.I.H. não contarem com apoio por parte de uma administração hospitalar sensível à questão da infecção hospitalar, esta será uma barreira difícil de ser vencida. Caberá a essa gerência baixar normas disciplinares que regulem o horário e o volume das cirurgias.

Finalmente, embora oito hospitais tivessem respondido que já haviam conseguido demonstrar algum índice de infecção hospitalar, foi impossível uma análise acerca dos índices encontrados, devido à má qualidade dos dados apresentados pela maioria deles.

Com base nestes achados decepcionantes, obtidos após cinco anos de trabalho, onde se demonstrou a insuficiência de um programa de controle de infecção hospitalar sedimentado exclusivamente em treinamento de técnicos, convencidos das premissas de que os responsáveis pela gerência, administradores, diretores, chefes de serviços, são os definidores da política institucional hospitalar e certos de que o poder público deve orientar sua lógica para o atendimento das necessidades de sua clientela, não apenas racionalizando seus serviços " através do planejamento e do controle mas do envolvimento, do compromisso dos membros da organização com seus objetivos" (JUNQUEIRA, 1990), foi possível levantar uma discussão de novas maneiras de enfrentar o problema do controle da infecção hospitalar, começando por vencer a resistência oferecida pelos setores administrativos-financeiros dos hospitais em relação à implantação e implementação de C.C.I.H.,

apontada repetidas vezes como verdadeiro obstáculo à implantação das C.C.I.H. pelos egressos do Curso Introdutório ao Controle de Infecção Hospitalar.

Segundo KORBES (1983) "sem respaldo normativo e administrativo para a definição de programas de atuação e políticas de trabalho no hospital, o funcionamento de uma Comissão pode ter que esperar vários anos para ser eficiente".

Também são pré-requisitos à instalação de uma C.C.I.H. um certo amadurecimento da equipe, permeabilidade à mudança, disposição de rever atitudes, conceitos, métodos e técnicas (ZANON, 1979) e tempo disponível. (ROCHA, 1985).

"O principal objetivo do hospital é a atenção ao paciente, incluindo sua proteção, prevenção e controle das infecções. Isso requer esforços conjuntos de todos os departamentos do hospital...". (TOP, 1970).

É certo que um programa de controle de infecção hospitalar exige mudanças (LARSON, 1986) e mudanças representam "transtornos às maneiras estabelecidas de se fazerem as coisas". (KOTTER, 1991). As mudanças são geralmente temidas, "por que significa perturbação do *status quo*, uma ameaça aos direitos adquiridos por pessoas" em seus locais de emprego e trabalho. (KOTTER, 1991).

KOTTER e SCHLESINGER (1991) levantam as quatro razões mais comuns que levam a resistência à mudança:

"um desejo de não perder algo de valor, uma incompreensão da mudança e suas implicações, uma crença de que a mudança não faz sentido para a organização, e uma pequena tolerância em relação a mudanças".
"Pessoas enfocam seus altos interesses pessoais e não os da organização como um todo".

Disso resulta um comportamento político, que

"em muitos casos ocorre completamente sob a superfície do diálogo público... Uma outra razão comum que faz com que as pessoas resistam a mudança é que elas avaliam a situação de forma diferente... daqueles que a iniciaram e vêem mais custos que benefícios resultantes da mudança, não somente para eles próprios mas também para sua empresa... os que iniciam as mudanças freqüentemente avaliam... que possuem todas as informações relevantes exigidas para proceder a uma adequada análise... e que os que vão ser afetados pela mudança também contam com o mesmo nível de informação. Nenhum dos pressupostos é correto". (KOTTER, 1991).

Uma outra forma de resistência decorre do fato das pessoas temerem

"não serem capazes de desenvolver as novas especializações e comportamento que lhes serão exigidos. Todos os seres humanos são limitados em sua capacidade de enfrentar mudanças... as pessoas algumas vezes resistem à mudança organizacional para evitar desprestígio; acompanhar as mudanças seria, pensam eles admitir que algumas de suas decisões e crenças anteriores estavam erradas". (KOTTER, 1991).

Os mesmos autores também apontam as principais estratégias para superar a resistência oferecida às mudanças, incluindo alternativas que vão desde educação e comunicação antecipadas à mudança, participação e envolvimento, facilitação e apoio, negociação e acordo (oferecimento de incentivos aos resistentes) até manipulação, cooptação e coerção explícita e implícita.

O Ministério da Saúde, ao pensar em um programa de controle de infecção hospitalar, optou pela estratégia de facilitação e apoio, cujo processo inclui treinamento nas que seriam as novas habilitações; julgava assim que o principal impedimento para o controle da infecção hospitalar estava no tipo de resistência geralmente oferecida pelos que se sentem limitados em relação às novas habilitações exigidas. A inconveniência básica da abordagem de facilitação e apoio é que ela "... pode

consumir muito tempo, ser muito cara e ainda assim fracassar". (KOTTER, 1991). No caso específico do treinamento dado aos 261 egressos que foram avaliados, a parte o material didático fornecido pelo Ministério da Saúde, e o salário dos monitores, poderíamos estimar os custos resultantes de tal treinamento pelos salários recebidos por médicos, enfermeiros e outros profissionais em suas instituições, uma vez que para participar das atividades do curso, deixaram de prestar seus serviços por uma semana, ou seja, por 40 horas. Tirando-se a média dos salários recebidos em órgãos públicos para uma jornada diária de oito horas durante uma semana e multiplicando-se o resultado pelo número de treinandos nas várias categorias profissionais chega-se a um valor de US\$ 42.757,75, quantia bastante expressiva, investida mas não convertida nos benefícios esperados, ou seja a implantação e implementação de C.C.I.H. com a conseqüente redução dos índices de infecção hospitalar. O grande percentual de desistência dos egressos da mesma forma autoriza a discussão dos gastos com tais treinamentos.

Desistências são sintomas importantes de problemas na área de recursos humanos. (MILLS, 1986). Para ilustrar essa assertiva, os autores fazem referência a uma grande empresa americana que jamais havia feito cálculos acurados do custo da rotação de seus funcionários e que resolveu computá-los após criteriosa análise do treinamento e adaptação do funcionário. A empresa achava que os custos com a rotatividade estavam ao redor de US\$ 1.500 para cada novo empregado, mas descobriu-se que o custo real de cada novo funcionário na categoria estudada era de US\$ 12.865, ou seja, um custo operacional de vários milhões de dólares, que "não constava da contabilidade de

nenhum departamento da empresa". (MILLS, 1986).

Extrapolando-se tal exemplo para o treinamento em controle de infecção hospitalar, embora o volume de recursos financeiros possa não ter sido alto, o custo operacional daqueles egressos que nunca trabalharam um só dia com controle de infecção hospitalar ou que o fizeram por pouco tempo, pode estar saindo excessivamente caro.

Considerando o quadro, optou-se por uma nova estratégia que relevasse a natureza da resistência oferecida ao controle da infecção hospitalar, que possibilitasse respostas mais dinâmicas e uma medida qualitativa do comportamento dos envolvidos com o seu controle.

À parte o amadurecimento da equipe, a disposição em rever conceitos e atitudes já descritos, estava clara a necessidade de uma firme liderança administrativa que assegurasse a realidade dos objetivos propostos por uma nova estratégia. Essa liderança administrativa pode estar localizada externa ao ambiente hospitalar, pode ser o poder estadual ou municipal de saúde, através de seus gerentes, comprometidos e interessados em prevenir e controlar as infecções hospitalares.

No Estado do Paraná, a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná propôs um Programa Estadual de Controle de Infecção Hospitalar, delineado em 15 de maio de 1991, Dia Nacional de Controle de Infecção Hospitalar, com a criação da Comissão Estadual de Controle de Infecção Hospitalar e Sub-Comissões Regionais (Anexo 3 - Resolução 57/91). Desta comissão faziam parte os seguintes órgãos: Federação dos Hospitais do Paraná, Associação Paranaense de Controle de Infecção Hospitalar, Associação Paranaense de Secretarias Municipais de Saúde,

representantes das Universidade Federais e Estaduais, Centro de Saneamento e Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual da Saúde, Centro de Epidemiologia da Secretaria Estadual da Saúde, Coordenadoria de Cooperação Técnica e Controle do INAMPS/Paraná, Escola de Saúde Pública do Estado do Paraná, Centro de Treinamento em Controle de Infecção Hospitalar. (Anexo 3).

Após cinco meses de sua constituição, aprovou-se e implementou-se o Programa Estadual de Controle de Infecção Hospitalar. (Anexo 5 - Resolução 58/91).

Esse programa tinha como objetivo "a criação de um serviço eficiente e avaliação de estabelecimentos prestadores de serviços de saúde e implementação das ações de Controle de Infecções Hospitalares do Estado do Paraná". (PARANÁ. Programa estadual de controle de infecção hospitalar, 1991). Para o cumprimento desse objetivo o Programa se propôs a dar apoio técnico e realizar a fiscalização dos serviços de saúde do Estado concernentes ao controle sanitário; se propôs também a gerenciar um Sistema de Vigilância Epidemiológica de Controle de Infecção Hospitalar no Estado, a viabilizar um intercâmbio de informações com os Conselhos Regionais de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Farmácia, a avaliar os projetos de construção e reforma de hospitais, a manter profissionais enfermeiros e farmacêuticos na Vigilância Sanitária das Regionais de Saúde do Estado, a desenvolver material de apoio para divulgação das normas, estabelecer contato técnico constante, analisar a atuação dos profissionais treinados para o controle de infecção hospitalar e propor novas estratégias de desenvolvimento de recursos humanos além de estimular pesquisas

e eventos da área de controle de infecção hospitalar.

A Secretaria Estadual de Saúde se propunha assim, a desenvolver ações, que por suas abordagens, pudessem fazer frente aos variados tipos de resistência já diagnosticados na pesquisa com os egressos dos cursos e com os hospitais. Baseava-se também no conceito de que técnicos embora treinados não detêm o poder de mudar a estrutura à qual pertencem, uma vez que a política do hospital, as atitudes de seus gerentes e administradores e a infra-estrutura que comandam permaneçam as mesmas.

Tratava-se de converter as resistências em oportunidade, de

"fazer com que as organizações existentes se tornem capazes de rápida e contínua inovação. A distância que nos separa desse ponto é evidenciada pelo fato de que a administração ainda se preocupa com a resistência às mudanças. As organizações existentes terão de aprender a procurar a mudança como uma oportunidade, terão de aprender a resistir à continuidade". (DRUCKER, 1986).

Para tanto, todos os hospitais do Estado, na figura de seus diretores administrativos, financeiros, diretores clínicos, provedores e/ou proprietários foram convidados pelo Secretário Estadual da Saúde e pelo presidente da Federação dos Hospitais do Paraná, através de ofício circular, a participar de Seminários Macro-regionais com o seguinte conteúdo: Infecção hospitalar: histórico, conceito, epidemiologia e experiências bem sucedidas; controle de infecção hospitalar: composição da C.C.I.H., ações da C.C.I.H. e acessos; vantagens do controle de infecção hospitalar: legislação, Código de Defesa e Proteção ao Consumidor, vigilância sanitária e aspectos financeiros.

Simpósios foram levados às cinco macro-regionais do Estado e executados em um período de três meses. (SIMPÓSIO

SOBRE INFECÇÃO HOSPITALAR, 1992). Compareceram a eles 284 gerentes, representando 276 estabelecimentos de saúde. Também compareceram 302 técnicos. Ao final do Simpósio, foram apresentadas 146 sugestões, das quais apenas 13 se referiam à necessidade de cursos e treinamentos.

Ao levantar aquele conteúdo e clientela, o PECIH estava optando pelas estratégias de educação e comunicação, participação e envolvimento, e negociação. De educação e comunicação porque supunha-se que gerentes hospitalares ofereciam resistência por não associar controle de infecção hospitalar a lucros e sim a despesas. A efetiva tendência de queda dos índices de infecção hospitalar entre os hospitais que estabeleceram programas de controle demonstram que os benefícios advindos do desenvolvimento tecnológico podem ser maiores e ter custos reduzidos se os índices de complicação por infecção forem reduzidos. (HALEY, 1985).

"Todas as instituições terão de fazer com que o atendimento de valores, crenças e propósitos sociais básicos seja um importante objetivo de suas atividades contínuas e não uma responsabilidade social que se restringe ou se situe fora de suas funções fundamentais. Nos negócios, isso significa que a consecução da qualidade de vida terá cada vez mais que ser: 1) considerada uma oportunidade comercial; 2) convertida pela administração em negócio rendoso". (DRUCKER, 1986).

Também era importante comunicar aos gerentes , que sendo a infecção hospitalar uma preocupação popular (Você tem medo de se internar, 1992) e sendo da responsabilidade da administração do hospital zelar pela segurança dos pacientes e que esta segurança "pode ser abalada pelo problema da infecção hospitalar" (ZANON, 1979), era importante do ponto de vista da própria sobrevivência econômica e social do hospital,

"... em um tempo de freqüentes litígios e quando rapidamente está desaparecendo a imunidade dos hospitais... ser obrigação do hospital adotar toda classe de precauções para evitar qualquer situação em que o hospital ou seu pessoal se encontrem comprometidos em um processo. Os empregados e o pessoal profissional do hospital podem ser incluídos em um processo e resultar responsáveis quando se demonstrar que não cumpriram seus deveres... A experiência demonstra que o hospital que conta com um C.C.I.H. atuante, que estabeleça e mantenha normas para a prevenção de infecções nos pacientes, possui uma poderosa arma de defesa no caso de surgir um litígio, porque em geral, a responsabilidade do hospital pelas infecções que se produzam em pacientes durante a hospitalização se determinará sobre a base de se o hospital mostrou ou não negligência e se essa negligência foi ou não a causa da infecção". (TOP, 1970).

Infecções hospitalares podem dar origem a processos civis e penais, além de autuação pela autoridade sanitária, com penalidades que vão da advertência até o cancelamento do alvará do estabelecimento, segundo estabelece a lei nº 6.437, que configura infrações à legislação sanitária e prevê as respectivas sanções. (LAMARCA JUNIOR, 1985).

Um programa de educação e comunicação pode ser o ideal quando a resistência está baseada em informações e análise inadequadas e inexatas. (KOTTER, 1991).

Assim, era importante chamar a atenção dos gerentes hospitalares para os benefícios econômico-sociais e administrativo-financeiros que poderiam advir do controle da infecção hospitalar e alertá-los para os possíveis problemas jurídicos, legais, financeiros e de risco da perda de um bom conceito diante da população, que possivelmente viriam do fato de seus hospitais não possuírem Comissões atuantes.

Paralelamente partiu da Secretaria Estadual, a vontade política de aumentar o número de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar e sua qualidade, expressa nas autuações e

premiações aos hospitais que se seguiram a aplicação do guia "Critérios Mínimos em Controle de Infecção Hospitalar" (Anexo 5).

Para tanto, todos os hospitais do Estado receberam também correspondência do gestor estadual de saúde contendo a resolução 58/91 e o documento "Critérios Mínimos em Controle de Infecção Hospitalar", além de instruções para a adequação desses mesmos hospitais às exigências contidas nos documentos. Sabendo-se da dificuldade que os hospitais teriam, foi lhes dado o prazo de um ano para se adequar às normas.

Durante a aplicação dessas estratégias, desenvolveu-se também um programa de reforço e sustentação ao Programa Estadual de Controle de Infecção através do uso de veículos de comunicação, alertando a população por meio de cartazes disseminados por todo o Estado do Paraná, por inserções institucionais na televisão chamando a atenção para o problema da infecção hospitalar como causa de doença e morte, por várias matérias em jornais e por inúmeras entrevistas em rádio e televisão dadas pelo Secretário Estadual da Saúde, pela presidente da Comissão Estadual de Controle de Infecção Hospitalar e pelas chefias e técnicos do Serviço de Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde. Apoio e promoção de eventos de atualização na área ajudaram nesse reforço.

A estratégia de participação e envolvimento da Federação Paranaense de Hospitais do Paraná e dos órgãos representantes dos profissionais envolvidos no controle da infecção hospitalar, contribuiu importantemente para o bom desenvolvimento do programa. A identificação de objetivos e interesses mútuos entre a Secretaria Estadual da Saúde e a

Federação dos Hospitais do Paraná e da mesma forma, os convênios ligados à área de vigilância sanitária e fiscalização do exercício profissional entre a Secretaria e os Conselhos Regionais de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Farmácia, trouxeram não simplesmente a anuência, mas o comprometimento necessário e desejável para que as mudanças qualitativas propostas pudessem ter êxito. Cumprido o prazo de um ano, durante o qual essas medidas foram implementadas, a Secretaria Estadual da Saúde, através de seu serviço de Vigilância Sanitária e assistida pela Comissão Estadual de Controle de Infecção Hospitalar, passou a visitar com suas equipes os estabelecimentos hospitalares de todo o Estado do Paraná, pontuando-os através do instrumento guia: "Critérios Mínimos em Controle de Infecção Hospitalar".

Os hospitais que apresentassem, segundo esses critérios, controle adequado de infecção hospitalar, receberiam uma placa acrílica com os dizeres: "ESTE HOSPITAL TEM COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR" que deveria ser afixada e exposta em local visível aos usuários.

Os critérios eram compostos de trinta e quatro itens, incluindo rotinas de trabalho, estrutura física, presença de Comissão de Infecção Hospitalar e outros. Doze desses trinta e quatro itens foram considerados fundamentais, ou seja, a ausência de pontuação máxima nestes, inviabilizaria a liberação da placa. Para os outros itens eram permitidas pontuações intermediárias. A avaliação foi feita pela simples somatória dos pontos obtidos nos 34 itens, sendo que de zero a 44 pontos se considerou que os hospitais não faziam o esperado em controle de infecção hospitalar, e além de não ter liberada a

placa, ficavam sujeitos a processo administrativo junto à Secretaria de Saúde do Estado. De 45 a 61 pontos, considerava-se que os hospitais realizavam controle de infecção hospitalar, mas necessitando avançar em alguns itens. Também não receberiam a placa mas poderiam ser reavaliados dentro de um determinado prazo solicitado pelos interessados.

De sessenta e dois a 68 pontos, o hospital recebia a placa, pois se considerava que seu controle em infecção hospitalar era satisfatório, podendo no entanto melhorar nos itens em que não tivesse recebido a pontuação total.

Em uma primeira etapa, foram vistoriados 197 estabelecimentos, dos 625 existentes, sendo que 40 deles se credenciaram ao recebimento da placa e representavam 20,3% dos 197 hospitais avaliados.

De maio de 1991, data do início do Programa, até dezembro, o número de Comissões passou de 95 a 210. (PROGRAMA de controle da infecção hospitalar, 1992).

A cerimônia de entrega das placas aos 40 estabelecimentos de várias regiões do Estado foi realizada no encerramento da I JORNADA SUL BRASILEIRA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR, no dia 15 de maio de 1992, quando se cumpria um ano do Programa Estadual. Essa Jornada, patrocinada pela Comissão Estadual de Controle de Infecção Hospitalar do Paraná e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Região Sul, com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde (Anexo 8) foi amplamente divulgada pela imprensa, como forma de instigar outros hospitais a assumir o controle da infecção hospitalar e também como fonte de informação e esclarecimento à população. Assim, a Secretaria Estadual de Saúde, usava a sua

terceira estratégia, a de negociar para vencer a resistência. Em troca da formação e implementação das C.C.I.H., ofereceu aos hospitais a possibilidade de se credenciar ao recebimento da placa e conseqüentemente de se credenciar ao reconhecimento popular. O PECIH, assim conduzido, em um ano elevou de 17% a 43% o percentual de hospitais no Paraná com C.C.I.H.

Cabe ressaltar que foram avaliados 60,5% dos hospitais de 80 a 100 leitos, prioridade já levantada no Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde. Cinco meses após a primeira cerimônia de entrega das placas, o número de hospitais no Estado era de 600; 450 tinham sido avaliados, ou seja 75% dos estabelecimentos hospitalares do Estado, sendo que 25 desses hospitais foram interditados. (VIGILÂNCIA, 1992).

Desses novos avaliados, mais 35 hospitais receberam a placa.

Supervisão e reavaliações periódicas foram previstas, para que os hospitais credenciados pelo Programa, mantivessem seu direito de ostentar a placa de classificação.

De alguma maneira, a Secretaria Estadual de Saúde e os hospitais que se empenharam em conseguir a classificação definida pelo Programa para a obtenção da placa estavam se adequando aos pontos comuns às empresas bem sucedidas, descritos por Peters, Thomas e Waterman: firme disposição para agir; estar ao lado e junto do cliente (da população) autonomia e iniciativa, concentrar-se no conhecido; equilíbrio entre centralizar e descentralizar. (PETERS, 1983).

O alcance do Programa Estadual confirma as afirmações de MILLS quando escreve que atividades específicas de

desenvolvimento de recursos humanos (DRH)

"não incluem os exercícios de fachada postos em prática atualmente com o fim de estimular a motivação dos funcionários através dos mais variados incentivos, tais como grupos de debate, filmes de treinamento e assim por diante. Embora tais medidas ilusórias possam ter objetivos gerais de desenvolver os recursos humanos as verdadeiras atividades de DRH são aquelas que compreendem programas meticulosamente estudados, criados e implantados para uma **mudança planejada**. (MILLS, 1986).

Outro exemplo bem sucedido do binômio informação ao profissional de saúde - decisão administrativa de se efetivar mudanças, foi o acontecido na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, em 1986. (ESMANHOTO, 1989). Esta Secretaria possuía uma Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos, encarregada de realizar reciclagens e treinamentos, comunicação social, documentação e pesquisa. Dentro de suas atribuições a Divisão mantinha um programa de educação permanente para todos os seus funcionários, dividido de acordo com as categorias profissionais e de acordo com o nível profissional de cada um. Para os funcionários de nível universitário foi elaborado um programa de jornadas de caráter não obrigatório, realizado fora do horário de prestação de serviço. Para os atendentes, (funcionários de nível médio e elementar) optou-se pela organização de Encontros realizados semestralmente. Para os temas dos Encontros os funcionários foram chamados a participar, elegendo-se como prioridade temas que dessem respostas às dificuldades mais freqüentemente encontradas na sua prática diária. O Encontro consistia numa série de cursos que corriam paralelos, em finais de semana; no sábado eram organizados oito a 13 cursos, conforme o Encontro e repetidos no domingo, dando dessa forma, oportunidade para que cada atendente pudesse freqüentar dois cursos diferentes, com número

mínimo de 30 participantes por curso e máximo de 80.

Um dos cursos do 1º Encontro foi a "Prevenção de Infecção em Centro de Saúde", que preencheu as 80 vagas em cada um dos dois dias disponíveis, fechando com o número completo de inscrições e se transformando assim, no curso mais solicitado do evento. No momento em que o tema entrou na pauta do 1º Encontro, a Secretaria Municipal não tinha idéia de como este processo de controle de infecção ambulatorial estava acontecendo na rede de seus centros de saúde e clínicas odontológicas. Era apenas do conhecimento do nível central que o controle estava ocorrendo, desenvolvendo-se práticas adotadas em cada unidade, pois à época, o procedimento não estava padronizado. Para ministrar o curso foi chamado a Presidente da C.C.I.H. do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e também responsável pelo Centro de Treinamento credenciado pelo Ministério da Saúde.

Durante o curso, surpreendeu o nível de conhecimento já existente entre aqueles profissionais embora nenhum deles tivesse participado de cursos ou treinamentos anteriores sobre o mesmo tema. Foram sugeridas pela ministrante do curso, medidas administrativas, que embora de aplicação simples, seriam mais eficazes do que as adotadas então na rede. Com a aquiescência do dirigente do órgão municipal tais medidas foram rapidamente introduzidas como a substituição completa de toalhas de pano por toalhas de papel branco e a introdução do uso de álcool glicerinado a 70% para anti-sepsia das mãos. Na área de odontologia foi introduzido o uso de óculos de proteção e outras modificações.

Como pelo menos um atendente de cada unidade havia comparecido ao curso, seu retorno ao local de trabalho gerou discussão e polêmica a respeito do acerto de suas respectivas condutas frente ao controle de infecção. Isso motivou os enfermeiros das unidades a procurar a Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos, solicitando que também para eles, o assunto fosse debatido. Programou-se então uma jornada para os profissionais enfermeiros, médicos, dentistas e chefes de unidades sobre "Controle de Infecção em Centro de Saúde e Clínicas Odontológicas". Ao mesmo tempo, elaborou-se junto à C.C.I.H. do Hospital de Clínicas, um manual de normas de controle de infecção que foi estendido a toda rede como instrumento de consulta de dúvidas e problemas. (CURITIBA. Controle de Infecção em Centros de Saúde, 1987). Algumas unidades, por iniciativa própria chegaram a produzir documentos de treinamento em serviço para atendentes sobre lavagem e anti-sepsia das mãos, preparo de degermantes e desinfetantes, esterilização, sendo avaliadas as aptidões desenvolvidas nos diversos setores: curativo, inalação, desinfecção de materiais, cuidados com autoclave, lavagem das mãos, se constituindo no que talvez fosse a nível nacional, o primeiro treinamento desse tipo para controle de infecção ambulatorial (CURITIBA. Relatório de treinamento, 1988; CURITIBA. Modelo simplificado, 1988).

No Encontro seguinte foi oferecido o mesmo curso, pois dos 700 atendentes da rede municipal, apenas 160 haviam participado dele. Assim, teoricamente, mais de quinhentas pessoas ainda podiam ter interesse no assunto. No entanto, apenas trinta pessoas se inscreveram o que demonstrou que de

alguma forma, o conhecimento adquirido pelos primeiros atendentes a realizar o curso, apoiado nas medidas administrativas adotadas, tinha movimentado intensamente o quadro de pessoal da Secretaria e se difundido na rede. Feita uma avaliação dos inscritos para o segundo curso, constatou-se que vinham de centros de saúde onde chefes ou os enfermeiros não tinham, em momento algum, participado de qualquer evento ligado à área de controle de infecção. Ficou evidente que os inscritos sentiam-se pouco informados sobre o assunto e estavam buscando o conhecimento já adquirido anteriormente por seus colegas e/ou transmitidos por elementos da equipe que participaram do processo.

Apesar deste pequeno percalço, resultado de situações focais, o saldo foi positivo, por vários aspectos, entre eles a comprovação de que quando a informação ou um treinamento são acompanhados da existência real de um programa de controle de infecção aliado à definição política dos gerentes as mudanças acontecem. Também a comprovação de que se pode lançar mão de vários métodos para a resolução de um problema, onde o treinamento pode ter parte menor do que o treinamento em serviço e a supervisão direta com reforços de orientação (SILVA, 1985).

Outro aspecto positivo foi o fortalecimento de que a atividade preventiva do controle de infecção pode transcender a área hospitalar e atingir as atividades ambulatoriais da área médica e odontológica, protegendo pacientes e profissionais da saúde.

Em quaisquer instituições, públicas ou privadas, da área da saúde ou fora dela, despesas com recursos humanos e

treinamentos costumam representar investimentos importantes dentro de um quadro geral de despesas, o que exige de seus administradores, critérios bastante rigorosos em seu planejamento, acompanhamento e avaliação.

Estas três etapas são igualmente importantes, devem estar presentes e ser cumpridas, mas freqüentemente ocorre que na etapa do diagnóstico da necessidade do treinamento, se releva mais, na escolha do objetivo, os interesses particulares dos funcionários da instituição, do que a necessidade de aprimorar o atendimento que essa instituição presta a um público definido; dessa forma, muitas vezes, o diagnóstico não está baseado na necessidade institucional de cumprir os seus objetivos e metas. Esse critério é particularmente deletério em instituições públicas, onde os recursos para a saúde são sempre escassos em relação ao volume de problemas enfrentados e onde o objetivo maior é contribuir para a mudança da situação de saúde de uma população.

A avaliação é também uma etapa quase nunca assumida ou cumprida. Assim, treinamentos e cursos acabam sendo um fim em si mesmos, não se tendo retorno do quanto foram eficazes e eficientes em transformar a situação diagnosticada, motivadora de seu planejamento e execução.

No Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar desenvolvido pelo Ministério da Saúde , treinamentos originaram novos treinamentos e com raras exceções, o mesmo aconteceu em relação à multiplicação do número de centros de treinamentos. Hoje o Ministério da Saúde pode contar o saldo de 14.000 profissionais treinados, 41 Centros de Treinamento espalhados pelo país e 140 farmacêuticos hospitalares, tendo um orçamento

definido de Cr\$ 900.000.000 (US\$ 1,00 = Cr\$ 4.204,60) para o desenvolvimento de todo o Programa. O Centro de Treinamento do Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná, igualmente também poderia contar, até setembro de 1991, os 317 profissionais de saúde treinados, sendo 159 enfermeiros, 101 médicos, 38 farmacêuticos e bioquímicos, 4 auxiliares de enfermagem e 15 pertencentes a outras categorias profissionais.

Embora se tenha essa avaliação quantitativa, outros objetivos do Plano Quinquenal de Saúde 1990/95, como a redução em cinquenta por cento das taxas de infecção hospitalar até junho de 1994, e a implantação de C.C.I.H. em todos os hospitais brasileiros, de acordo com o determinado na Portaria nº 196/83, ainda estão longe de ser alcançados.

O ponto está em se descobrir a melhor estratégia para cada problema diagnosticado. Treinamentos, embora sejam quase sempre de operacionalização simples, podem não ser a melhor opção, quando são esperadas e necessárias mudanças rápidas e quando é grande o potencial a curto prazo de riscos para o desempenho das instituições. Não são também a melhor opção, quando predomina uma cultura institucional onde o mais importante não é o atendimento e satisfação das demandas dos usuários, mas sim a satisfação dos interesses burocráticos dos próprios funcionários, consequência ainda dos tempos do autoritarismo, do descompromisso com o "servir" ao público, onde a clientela tem apenas o dever da submissão e nenhum direito. (JUNQUEIRA, 1990). Essa cultura fica clara quando se sabe que em várias instituições públicas de saúde, treinamentos são montados baseados em pedidos e expectativas de seus funcionários, sem que se tenha conhecimento do fator motivador

para a escolha de seu temário. O indicador mais correntemente usado é a concentração de pedidos sobre um mesmo tema e não a sua importância epidemiológica ou sua permeabilidade à estratégia de treinamento.

Treinamentos também não podem ser a única opção quando se sabe ou se intui que as mudanças desejadas podem encontrar variadas formas de resistência humana, por interesses pessoais estreitos, por incompreensão da mudança desejada, ou porque se avalia a situação de forma diferente da diagnosticada pelos indicadores dos treinamentos.

A avaliação levada a efeito no presente estudo, pelos dados qualitativos e conceituais que apresenta, permite comprovar uma evidência anteriormente apenas suspeitada: a de que o problema da infecção hospitalar abordado unicamente com a estratégia de treinamento, não obstante seu esforço, não foi capaz de sensibilizar administradores hospitalares via profissionais de saúde, a modificar seus conceitos e suas práticas, embora ficasse clara a grande relevância social e econômica do problema, pelos indicadores de morbimortalidade e estimativas de custos e gastos derivados da infecção hospitalar.

O resultado obtido, indica, quando somado a resultados de outros trabalhos semelhantes, como os acontecidos nos Estados de Mato Grosso do Sul e Goiás, que esta seja a realidade encontrada para os outros cursos realizados nacionalmente e para a rede hospitalar brasileira, haja visto a grande dificuldade em se obter informações sobre índices reais de infecção hospitalar, e o grande número de hospitais paranaenses ainda sem ter conseguido receber a placa indicadora do mínimo efetivo controle da infecção hospitalar.

Nestas condições, somatória de outras e novas estratégias podem influenciar positivamente indivíduos e grupos específicos mais resistentes como o dos gerentes hospitalares. Tais estratégias podem ir da participação ao envolvimento, da facilitação ao apoio, da vigilância à premiação com reconhecimento público e ampla divulgação diante da sociedade.

No Paraná, a efetiva participação da gerência estadual da saúde, criando o Programa Estadual de Controle de Infecção Hospitalar e a Comissão Estadual de Controle de Infecção Hospitalar, a participação do Serviço de Vigilância Sanitária como órgão educador e fiscalizador, sua articulação com os Centros de Treinamentos e o desenvolvimento e compromisso da Federação Paranaense dos Hospitais e órgãos de classe, foram decisivos para o sucesso do programa em sua condição de aumentar o número de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, fato que o Centro de Treinamento isolado (apesar de grandemente motivado e com atividade bastante diversificada como grupos de estudos, debates, consultoria, produção científica) não conseguiu ao longo de vários anos de treinamento dar aos egressos e instituições hospitalares aqui avaliados.

Deve-se levar em consideração o fato de que o tratamento do problema "infecção hospitalar" envolve múltiplas causas e múltiplos aspectos, desde os técnicos até aspectos legais e jurídicos. Portanto, qualquer programa que vise seu efetivo controle, deve avançar para além do treinamento de técnicos, ainda que esse treinamento seja em sua forma multiplicador.

Deve envolver os detentores do poder nas instituições hospitalares, como administradores e proprietários sensibilizados pelo aspecto custos versus lucro e benefícios,

mas também gratificados e reconhecidos pelos resultados conseguidos no controle de infecção hospitalar. Uma boa estratégia para seu envolvimento e comprometimento foi a adotada pelo Programa de Controle de Infecção Hospitalar da Secretaria de Saúde, que colocou o Estado do Paraná, na posição confortável de ter sido o único Estado da União a receber pontuação máxima nos critérios adotados pelo Ministério da Saúde, para reconhecer esforço político na adoção de medidas efetivas para o controle de infecção hospitalar. Programas próprios, adaptados a cada estado ou cidade podem e devem ser criados.

É também fundamental o envolvimento dos programas de proteção ao consumidor e da Promotoria Geral de cada Estado, pois bem assessorados e informados, os gerentes hospitalares estarão cientes de suas responsabilidades civis e penais, e os cidadãos lesados poderão decidir e obter os melhores resultados das alternativas jurídicas.

Os serviços de Vigilância Sanitária devem ser parte importante de um programa de controle, pois cabe a eles a responsabilidade administrativa, investidas do poder que a lei lhes confere. As suas atividades de vigilância, controle, supervisão e avaliação devem ser acrescidas atividades educativas, que possam contribuir para uma maior e melhor adesão a um programa de controle de infecção hospitalar.

Os resultados decepcionantes obtidos após vários anos de treinamentos, mostram que é necessário abordar o problema da infecção hospitalar sobre outros ângulos que não o do conhecimento puramente técnico.

É preciso reconhecer que a maioria das irregularidades encontradas nos hospitais interditados pela Vigilância Sanitária do Paraná, mostraram basicamente falhas administrativas e não desconhecimento técnico . Dificilmente, problemas como reutilização de materiais descartáveis (com o alegado ou não motivo de redução de custos), falta de equipamentos, roupas ou profissionais adequados, além de más condições de salas cirúrgicas, salas de parto, berçários e serviços de radiologia, seriam resolvidos pelo conhecimento ou boa vontade dos técnicos sem o correspondente respaldo da área administrativo-financeira.

Assim, a experiência acumulada ao longo de quase dez anos de trabalho treinando técnicos e a experiência do Programa Estadual de Controle de Infecção do Paraná, provam de forma contundente e definitiva, o necessário envolvimento e comprometimento daqueles que detêm espaços importantes de poder na área hospitalar (proprietários, diretores, gerentes) e na área pública (secretários estaduais e municipais de saúde). Sem sua intervenção política, processos de mudança dessa natureza podem consumir tempo excessivo e ao final se mostrar deficientes, com um alto custo financeiro e social refletido no número de incapacitados e de mortos pela infecção hospitalar.

Os riscos a curto prazo de deterioração do problema da infecção hospitalar no país são grandes, haja visto o elevado número de hospitais ainda sem C.C.I.H. ou funcionando precariamente, sem laboratórios de bacteriologia e sem instalações adequadas até no que se refere a tratamento de água e esgoto.

Portanto, as estratégias adotadas para o controle das infecções hospitalares devem ser rápidas, claramente planejadas, envolvendo grande número de indivíduos com poder decisório na área hospitalar e gerentes do Sistema Único de Saúde, uma vez que em vários estados brasileiros não foi possível apesar do grande número de profissionais treinados, a operacionalização de medidas importantes como a formação de Comissões Estaduais de Controle de Infecção e formação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

Importante e necessária é também a participação e informação dos usuários do Sistema Único de Saúde e dos usuários do sistema hospitalar. Uma participação ativa e sistemática aumenta a visão crítica da realidade e facilita a compreensão do problema. O direito a informações sobre saúde é um direito constitucional dos cidadãos, como também é um dever constitucional da União e dos Estados, não só produzir tais informações, como facilitar o acesso a elas. A efetivação dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, e um programa de educação em saúde que possa se utilizar do rádio como elemento sensibilizador, de jornais como instrumentos aprofundadores e da televisão como difusora ampla dessas informações, pode ter grande efeito sobre a população, à semelhança do que já ocorreu em outras décadas com programas de Incentivo ao Aleitamento Materno e Controle do Tabagismo. É certo que cidadãos, instrumentados por informações corretas, exigirão maior qualidade dos serviços de saúde que lhes são oferecidos e prestados.

Esta participação pode se dar também através de associações de classe, partidos políticos, grupos de estudos

ligados a entidades, meios de comunicação e associações comunitárias que estejam desenvolvendo estudos sobre o mesmo problema.

Igualmente importante é a orientação e apoio aos técnicos, mas o presente estudo indica com clareza, que esses devem ser dados já quando de sua formação em seus cursos de graduação.

O tema tem suficiente magnitude epidemiológica em nosso país para deixar de ser definitivamente, assunto para especialistas e doutores, mas sim fazer parte do currículo de qualquer profissional da saúde. Conquanto o currículo das escolas de enfermagem tratem o tema ao longo das várias disciplinas ministradas e seja parte essencial da caracterização mesma do profissional enfermeiro, o mesmo não se observa nos currículos médicos, de farmacêuticos bioquímicos e outros profissionais da área da saúde. Tais currículos, que de há muito tempo vêm sendo discutidos, devem sofrer revisão urgente nesse sentido. A educação médica, deve ela sim, proporcionar treinamento adequado ao comportamento do médico no ambiente hospitalar, ao uso que faz das técnicas diagnósticas e terapêuticas, bem como proporcionar a teoria e a prática da prevenção das infecções hospitalares.

A educação curricular dos profissionais de saúde pode ser a principal arma sensibilizadora para promover mudanças futuras, derrubando resistências antigas ou sedimentadas pela falta de conhecimento. O estímulo ao auto-desenvolvimento pode ser o contraponto e a alternativa para as técnicas massificadoras ou multiplicadoras já desgastadas permitindo a formulação de novos conceitos e idéias necessárias à

transformação da sociedade.

Os esforços de tais profissionais, devem ser dirigidos na busca de resultados, com criatividade, motivação e comprometimento.

É preciso avançar, criar novos espaços de discussão e alternativas de estratégias onde o controle da infecção hospitalar faça parte de um programa amplo, onde saúde seja encarada como a capacidade de enfrentar e modificar as condições que geram a situação de vida infra-humana e a doença, pois em sociedades civilizadas, saúde deve ser sinônimo de bem-estar e felicidade.

CONCLUSÃO

Do presente estudo, conclui-se:

- 1 - A estratégia de treinamentos multiplicadores proposta pelo Ministério da Saúde, não obstante seu esforço, não foi capaz de promover mudanças nas práticas e conceitos dos profissionais de saúde, que permitissem aumentar o número e/ou a qualidade das C.C.I.H.
- 2 - O Centro de Treinamento isolado, não conseguiu via treinamentos, colocar a grande maioria de seus egressos trabalhando em atividades de controle de infecção hospitalar; havia apenas dois remanescentes dos cursos de introdução ao controle de infecção hospitalar nos hospitais avaliados.
- 3 - Mesmo entre os hospitais que responderam ter C.C.I.H. funcionando, alguns sequer cumpriam a determinação ministerial relativa à composição da C.C.I.H. e carga horária diária destinada às atividades de controle de infecção hospitalar.
- 4 - O critério de seleção para os cursos mostrou-se ineficaz e deve ser revisto, uma vez que expressivo número de egressos, revelou não ser o controle de infecção hospitalar sua área de interesse profissional.

5 - O volume de recursos empregados para a aplicação da estratégia proposta pelo Ministério da Saúde não teve retorno que pudesse justificar sua aplicação.

6 - A simples presença de representantes da direção dos hospitais nas C.C.I.H., não as torna mais atuantes se não houver uma estratégia global, que além de os envolver, os comprometa.

Infere-se ainda que estratégias de participação, envolvimento, facilitação, apoio e vigilância envolvendo a estrutura de poder dos hospitais representada por seus gerentes sensibilizados pelo aspecto custo versus benefícios, é mais eficaz e eficiente em aumentar o número e a qualidade das C.C.I.H.

A participação efetiva dos gerentes do Sistema Único de Saúde, articulados com os órgãos de classe e associações representantes dos hospitais é decisiva e imprescindível para o alcance do objetivo proposto de diminuir o número de casos de infecções hospitalares e melhorar a qualidade do atendimento.

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO AOS EGRESSOS

Data : ____/____/____

Nome :

Profissão :

Local de Trabalho :

Cargo/Função :

Endereço para correspondência :

1) Trabalha em Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)?

() sim há quanto tempo _____
 tempo dedicado à CCIH () 8 horas/dia
 () 6 horas/dia
 () 4 horas/dia
 () 2 horas/dia
 () outro

() Não atualmente Período em que trabalhou
em CCIH _____
.... Instituição na qual trabalhou _____
.... Motivo da saída _____

Gostaria de voltar a trabalhar com CCIH? () sim () não

() Nunca trabalhou Motivo pelo qual nunca trabalhou

- () Não era sua área de interesse
- () Transferência
- () Falta de sensibilidade administrativa p/ o problema da infecção hospitalar
- () Não houve liberação para trabalho com CCIH
- () Não havia horário disponível
- () O curso não foi suficiente para dar condições de operacionalização de uma Comissão
- () Outros - especifique

2) Qual a área onde a sua Comissão tem encontrado maiores dificuldades:

- () Vigilância Epidemiológica
- () Treinamentos
- () Controle do uso de antimicrobianos
- () Supervisão da execução de normas e medidas da Comissão
- () Elaboração de normas técnicas para prevenção de infecção hospitalar
- () Apoio laboratorial
- () Apoio Administrativo

ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO AOS HOSPITAIS

Hospital: _____ Cidade: _____
 Data: __/__/____
 Entrevistado (cargo) _____
 Entidade Mantenedora _____
 Número de leitos _____
 Número de leitos ativos _____

01. O Hospital é:

- ☐ Geral
☐ Pronto Socorro
☐ Maternidade
☐ Pediátrico
☐ Doenças transmissíveis
☐ Psiquiátrico
☐ Universitário
☐ Outros _____ especificar _____

02. A entidade mantenedora é:

- ☐ Pública
 - MPAS ☐
 - ME ☐
 - MS ☐
 - FSCMR ☐
 - ESTADUAL ☐
 - MUNICIPAL ☐
- ☐ Privada
 - Lucrativo conveniado com INAMPS
 - Lucrativo não conveniado com INAMPS
 - Não lucrativo conveniado com INAMPS
 - Não lucrativo não conveniado com INAMPS
 - Não especificado

03. O Hospital é de:

- ☐ Pequeno porte {até 50 leitos}
☐ Médio porte {até 150 leitos}
☐ Grande porte {mais de 150 leitos}

04. O Hospital tem Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)?

- ☐ Sim ☐ Não

05. Há quanto tempo existe a CCIH? _____

06. Qual a sua composição? Especificar especialidades _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> médicos | <input type="checkbox"/> enfermeiro |
| <input type="checkbox"/> farmacêutico | <input type="checkbox"/> farmacêutico clínico |
| <input type="checkbox"/> bacteriologista | <input type="checkbox"/> nutricionista |
| <input type="checkbox"/> psicólogo | <input type="checkbox"/> administrador |
| <input type="checkbox"/> odontólogo | <input type="checkbox"/> assistente social |
| <input type="checkbox"/> secretária | <input type="checkbox"/> biomédico |

07. Qual a carga horária dos profissionais na CCIH?

- | | |
|------------|----------------------------------|
| Médico | <input type="checkbox"/> 2 horas |
| | <input type="checkbox"/> 4 horas |
| | <input type="checkbox"/> 6 horas |
| | <input type="checkbox"/> 8 horas |
| Enfermeiro | <input type="checkbox"/> 2 horas |
| | <input type="checkbox"/> 4 horas |
| | <input type="checkbox"/> 6 horas |
| | <input type="checkbox"/> 8 horas |
| Secretária | <input type="checkbox"/> 2 horas |
| | <input type="checkbox"/> 4 horas |
| | <input type="checkbox"/> 6 horas |
| | <input type="checkbox"/> 8 horas |

08. A CCIH se subordina à:

- ☐ direção do hospital
- ☐ vice-direção do hospital
- ☐ diretoria clínica (divisão, departamento)
- ☐ diretoria técnica (divisão, departamento)
- ☐ diretoria administrativa
- ☐ outra _____ especificar _____

09. A CCIH funciona:

- ☐ com um núcleo executivo e representantes das unidades
- ☐ só com um núcleo executivo
- ☐ só com representantes

10. Com que periodicidade são feitas as reuniões da CCIH?

- ☐ semanal
- ☐ quinzenal
- ☐ mensal
- ☐ bimensal
- ☐ trimestral
- ☐ sem periodicidade definida
- ☐ outra _____ especificar _____

11. A CCIH tem representante da direção do hospital?

- ☐ Sim _____ especificar _____
- ☐ Não _____

12. A CCIH publica relatórios?

- ☐ Sim
 - com que frequência _____
 - qual o destino dado aos relatórios _____
- ☐ Não _____

13. Os membros da CCIH receberam treinamentos?

- ☐ Sim - qual treinamento recebido:
- ☐ estágio
 - ☐ visita de observação
 - ☐ atualização (Curso do Centro de Treinamento do Hospital de Clínicas)
 - ☐ aperfeiçoamento
 - ☐ especialização
 - ☐ mestrado
 - ☐ doutorado
- ☐ Não - por quê? _____
-

14. Quais as atribuições da CCIH?

- ☐ vigilância epidemiológica da infecção hospitalar (i.h)
- ☐ treinamento/treinamento em serviço
- ☐ elaboração de normas técnicas para o controle da i.h.
- ☐ supervisão e execução de normas e medidas de controle da i.h.
- ☐ controle do uso de antimicrobianos
- ☐ notificação e investigação epidemiológica dos casos e surtos de i.h
- ☐ notificação de doenças de notificação compulsória à Secretaria Estadual da Saúde.

15. Como são processados os dados de vigilância epidemiológica produzida pela CCIH.

- ☐ processamento manual
- ☐ processamento computadorizado

16. O hospital possui laboratório próprio de bacteriologia?

- ☐ Sim - que tipo de exames está apto a realizar:
- ☐ bacterioscopia
 - ☐ cultura de aeróbios
 - ☐ cultura de anaeróbios
 - ☐ antibiograma
 - ☐ sorotipagem
- ☐ Não

17. Os germicidas estão padronizados?

- ☐ Sim ☐ Não

18. Qual o equipamento utilizado para esterilização?

- ☐ autoclave horizontal
- ☐ autoclave de auto vácuo
- ☐ autoclave vertical
- ☐ estufa
- ☐ autoclave para óxido de etileno
- ☐ esterilizador de mesa para óxido de etileno

19. Quais os tipos de teste de esterilidade usados?

- ☐ () fita adesiva para autoclave e estufa
- ☐ () teste químico (ampolas)
- ☐ () fitas indicadoras para esterilização a óxido de etileno
- ☐ () teste bacteriológico com Bacillus stearothermophilus
- ☐ () teste biológico com Bacillus subtilis var. niger
- ☐ () não faz controle

20. O serviço de limpeza do hospital é feito:

- ☐ () funcionários treinados
- ☐ () funcionários não treinados
- ☐ () firma contratada

21. A CCIH participa do processo de aquisição do material médico-hospitalar?

- ☐ () Sim
- ☐ () não

22. Quais procedimentos estão normalizados:

- ☐ () curativos
- ☐ () flebotomia
- ☐ () cateter central
- ☐ () cateterismo vesical
- ☐ () cistoscopia
- ☐ () traqueostomia
- ☐ () punção lombar
- ☐ () paracentese
- ☐ () diálise peritoneal
- ☐ () nutrição parenteral
- ☐ () nebulização
- ☐ () assistência ventilatória
- ☐ () pequenas cirurgias
- ☐ () preparo pré operatório
- ☐ () programação cirúrgica
- ☐ () isolamento
- ☐ () esterilização de material
- ☐ () reutilização de descartáveis
- ☐ () desinfecção de materiais
- ☐ () desinfecção de áreas
- ☐ () funcionamento do centro cirúrgico
- ☐ () administração de antibióticos
- ☐ () irrigação vesical
- ☐ () lactário
- ☐ () UTI

23. A CCIH demonstrou até agora algum índice?

- ☐ () sim
- ☐ () não

24. Qual o índice de infecção hospitalar global do hospital?

25. Quais os índices de:

infecção urinária _____
infecção cirúrgica _____
infecção pulmonar _____
infecção por cateter _____
infecção cutânea _____

ANEXO 3 - RESOLUÇÃO Nº 57/91

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os artigos 45, inciso XIV, da Lei Estadual nº 8485, de 03.06.87 e o artigo 9º, inciso XV, do Decreto Estadual nº 2270, de 11.01.88;

Considerando o disposto na Portaria nº 196, de 24.06.83, que dispõe sobre a obrigatoriedade de todos os hospitais do País manterem a C.C.I.H. (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar);

Considerando a necessidade de serem estabelecidos procedimentos de Vigilância Sanitária e Epidemiológica em todas as unidades de atendimento hospitalar no Estado do Paraná;

Considerando a necessidade constante do aperfeiçoamento das ações de prevenção da saúde, no que concerne ao controle das infecções hospitalares.

R E S O L V E

1. Constituir a Comissão Estadual de Controle de Infecção Hospitalar, composta por representantes das seguintes instituições do Estado do Paraná:

- membros:
- Secretaria de Estado da Saúde, representada por 05
 - . 01 membro do CSVS/FCMR;
 - . 01 Membro da DSSH/FCMR;
 - . 01 membro do CEPI/FCMR;
 - . 01 membro da Auditoria/FCMR;
 - . 01 membro da Escola de Saúde Pública do Paraná;
 - Universidade Federal/Estadual do Paraná;
 - Centro de Treinamento em Controle de Infecção Hospitalar;
 - Associação Paranaense de Controle de Infecção Hospitalar;
 - Associação dos Hospitais do Estado do Paraná;
 - Associação Paranaense das Secretarias Municipais de Saúde.

2. Constituir as Sub-Comissões em cada Regional de Saúde, com a seguinte composição:

- 01 membro da Vigilância Sanitária;
- 01 membro da Vigilância Epidemiológica;
- 01 membro da Auditoria.

Parágrafo único: Deverão compor por macro-regionais, 01 membro do Centro de Treinamento em Controle de Infecção Hospitalar.

3. Aos membros da CECIH é atribuída competência para a elaboração de proposta de Regimento da Comissão Estadual de Controle de Infecção Hospitalar dentro do prazo de 30 (trinta) dias.

4. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, em Curitiba, 1º de maio de 1991.

Nizan Pereira Almeida

ANEXO 4 - RESOLUÇÃO Nº 58/91

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os artigos 45, inciso XIV, da Lei Estadual nº 8485, de 03.06.87 e o artigo 9º, inciso XV, do Decreto Estadual nº 2270, de 11.01.88;

Considerando o disposto na Portaria nº 196, de 24.06.83, que dispõe sobre a obrigatoriedade de todos os hospitais do País manterem a C.C.I.H. (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar);

Considerando a necessidade de serem adotados procedimentos de controle de qualidade, manutenção e utilização correta de medicamentos, materiais e equipamentos nas unidades hospitalares;

Considerando que a data 15 de maio é o Dia Nacional de Controle de Infecção Hospitalar,

R E S O L V E

1. Criar o Programa Estadual de Controle de Infecção Hospitalar;

2. Instituir os critérios para que os estabelecimentos hospitalares recebam a Placa de Classificação: "ESTE HOSPITAL TEM C.C.I.H.". A desclassificação fica vinculada ao descumprimento dos critérios estabelecidos;

3. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, em Curitiba, 15 de maio de 1991.

Nizan Pereira Almeida

ANEXO 5 - GUIA DE CRITÉRIOS MÍNIMOS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CRITÉRIOS MÍNIMOS EM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

NOME DA INSTITUIÇÃO.....
ENDEREÇO
NÚMERO DE LEITOS DATA / /

DA AVALIAÇÃO

A avaliação deste questionário se fará pela somatória de pontos dos diversos itens assinalados.

IMPORTANTE

Os itens nº 1, 2, 3, 7, 12, 17, 22, 25, 26, 28, 29 e 30 são considerados FUNDAMENTAIS, ou seja, sem pontuação "2" nestes itens NÃO SE LIBERA A PLACA. Tem a maior urgência na sua implementação.

SOMATÓRIA

- 0 - 44 PONTOS:
O hospital não realiza o esperado em controle de infecção hospitalar. NÃO SE LIBERA A PLACA. Sujeito a processo administrativo junto a Secretaria de Estado da Saúde.
- 45 - 61 PONTOS:
O hospital realiza controle de infecção hospitalar, mas deverá melhorar alguns itens assinalados no relatório de visita. NÃO RECEBE A PLACA. Poderá ser reavaliado dentro do prazo solicitado.
- 45 - 63 PONTOS:
O controle de infecção hospitalar está em níveis satisfatórios, podendo melhorar os itens assinalados. RECEBE A PLACA, à exceção dos itens considerados fundamentais.

DO PESSOAL

01. CCIH:
- a) Constituída de acordo com o regimento ou estatuto do hospital, nomeados os seus membros, e regimento interno da CCIH. = 2
 - b) Constituída sem portaria e/ou sem regimento. = 1
 - c) Ausência de CCIH. = 0

02. CCIH:
- a) Constituída por elementos da administração, enfermeiro, médico, farmacêutico, entre outros. = 2
 - b) Constituída por enfermeiro e outro elemento. = 1
 - c) Constituída sem enfermeiro. = 0
03. Enfermeiro exclusivo para a CCIH:
- a) 2 horas/dia para cada 50 leitos. = 2
 - b) menos que o previsto. = 1
 - c) Enfermeiro não tem horário exclusivo para a CCIH. = 0
04. Sistema de coleta de dados:
- a) Busca ativa. = 2
 - b) Notificação passiva = 1
 - c) Não há notificação = 0
05. Educação permanente pela CCIH:
- a) Contínua, incluindo rotina escritas. = 2
 - b) Esporádica e/ou sem rotinas escritas. = 1
 - c) Não existentes. = 0
06. Profissionais enfermeiros em áreas críticas:
- | | CENTRO CIRURG. | CENTRO OBSTET. | CENTRO DE MATERIAL | UTI | UNID.DE TRANSPL. | OUTROS |
|--|-----------------|----------------|--------------------|-----|------------------|--------|
| | todos os turnos | | | | | |
| | Alguns turnos | | | | | |
| | Não disponível | | | | | |
| a) Em todas as áreas, em todos os turnos operantes | = 2 | | | | | |
| b) Em algumas áreas e/ou alguns turnos | = 1 | | | | | |
| c) Não disponível | = 0 | | | | | |

DOS DESCARTÁVEIS

07. Sistema de drenagem urinária:
- a) Fechado, disponível para todo paciente sondado = 2
 - b) Fechado, para alguns pacientes = 1
 - c) Não disponível = 0
08. Luvas de látex:
- a) Descartável (de uso único) para todas as cirurgias = 2
 - b) Reprocessadas para pequenas cirurgias = 1
 - c) Reprocessadas para todas as cirurgias = 0
09. Material de uso único (agulhas e seringas):
- a) Para todas as áreas = 2
 - b) Para algumas áreas críticas, a saber: centro cirúrgico, UTI, unidade de diálise, banco de sangue, berçário de alto risco, unidade de transplante, isolamento, laboratório. = 1
 - c) Não disponível = 0
10. Luvas de proteção individual para precauções universais:
- a) Em uso rotineiro para todos os procedimentos = 2
 - b) Para alguns procedimentos de risco = 1
 - c) Não se usa = 0

DOS GERMICIDAS

11. Anti-sépticos:

- a) Em recipiente original ou frasco de vidro autoclavado, anotado e observado o prazo de validade = 2
- b) Em outro tipo de frasco e/ou com validade vencida = 1
- c) Não há padronização = 0

12. Preparo cirúrgico do campo operatório e das mãos:

- a) Com anti-séptico padronizado, p/ todas as cirurgias = 2
- b) Com anti-séptico, mas sem padronização = 1
- c) Sem anti-séptico = 0

13. Diluição dos desinfetantes:

- a) Centralizada e validade observada = 2
- b) Não centralizada e/ou soluções vencidas ou sem data = 1
- c) Não há padronização = 0

DA CENTRAL DE MATERIAIS

14. Processo de esterilização:

- a) Centralizado, com padronização = 2
- b) Centralizado em alguns setores, com padronização = 1
- c) Não centralizado e sem padronização = 0

15. Armazenamento de materiais esterilizados em:

- a) Armário fechado, com visor, local seco, temperatura até 23°C. = 2
- b) Armário fechado, sem visor ou aberto, local e/ou temperatura inadequados. = 1
- c) Local úmido (vapor) ou acima de 28°C = 0

16. Embalagem de material esterilizado:

- a) Integra, com identificação adequada (data de esterilização, número do lote, validade), fita adesiva e indicador químico. = 2
- b) Falta um dos itens acima = 1
- c) Faltam dois ou mais itens = 0

17. Controle de esterilização:

- a) Com esporos vivos (indicador biológico) = 2
- b) Com indicador químico = 1
- c) Não há controle = 0

18. Gazes:

- a) Embaladas individualmente = 2
- b) Embaladas individualmente para alguns procedimentos = 1
- c) Não embaladas individualmente = 0

19. Escovinhas para unhas:

- a) Embaladas para uso individual e autoclavadas = 2
- b) Não embaladas ou acondicionadas todas juntas = 1
- c) Em solução desinfetante ou umedecidas = 0

20. Pinças auxiliares e tesouras:

- a) Em recipientes secos, esterilizadas diariamente e após contaminação = 2

- b) Em solução germicida dentro do prazo de validade = 1
- c) Não há padronização = 0

DOS PROCEDIMENTOS

- 21. Procedimentos invasivos (cateter venoso central, traqueostomia, curativo, sistema de drenagem urinária):
 - a) Trocados periodicamente, conforme padronização = 2
 - b) Vencido o prazo de troca = 1
 - c) Sem data = 0
- 22. Suporte de banco de sangue com:
 - a) Sorologia para hepatites A e B, HIV, Chagas, Sífilis, com o controle de qualidade adequado e registro = 2
 - b) Sorologias, sem controle de qualidade e/ou registros inadequados = 1
 - c) Sem sorologias = 0

DA FARMÁCIA

- 23. Serviço de farmácia:
 - a) com farmacêutico em tempo integral = 2
 - b) Com farmacêutico em tempo parcial = 1
 - c) Sem farmacêutico = 0
- 24. Padronização de medicamentos:
 - a) Existente, inclusive de antimicrobianos = 2
 - b) Em implantação = 1
 - c) Inexistente = 0
- 25. Nutrição parenteral:
 - a) Em câmara de fluxo laminar, preparada por farmacêutico ou = 2
 - b) Em câmara de fluxo laminar, sob supervisão de farmacêutico = 1
 - c) Local inadequado e/ou sem supervisão = 0
- 26. Água:
 - a) Limpeza e desinfecção semestral dos reservatórios e/ou desinfecção de poços, com controle bacteriológico = 2
 - b) Não há periodicidade e/ou não há controle bacteriológico = 1
 - c) A limpeza não é feita há mais de um ano = 0

DO LIXO

- 27. Lixo hospitalar:
 - a) Acondicionado em recipiente com saco branco leitoso = 2
 - b) Acondicionado em outros sacos não especificados = 1
 - c) Não sofre acondicionamento próprio = 0

28. Material perfuro-cortante:

- a) Acondicionado em recipiente rígido adequado = 2
- b) Acondicionado em recipiente impróprio = 1
- c) Não sofre acondicionamento algum = 0

DO LABORATÓRIO

29. Laboratório de microbiologia de apoio:

- a) Identifica bactérias até espécies e fornece semestralmente os dados de sensibilidade. = 2
- b) Identifica bactérias até espécies e fornece alguns dados de sensibilidade. = 1
- c) Não identifica espécies e/ou há mais de um ano não fornece estes dados. = 0

DA ÁREA FÍSICA

30. Ambientes:

- a) Limpos, claros e aerados = 2
- b) Limpos, mas escuros e/ou mal aerados = 1
- c) Não limpos e/ou com umidade e bolor e/ou vazamento = 0

31. Número de leitos:

- a) Adequado para a área física, conforme o preconizado = 2
- b) Adequado em UTI, pediatria e berçário (um metro entre os leitos) = 1
- c) Inadequado inclusive em áreas críticas = 0

32. Lavanderia:

- a) Com máquina de barreira entre a área limpa e a área suja. = 2
- b) Com barreira física mas não se a observa = 1
- c) Não há barreira = 0

33. Cozinha/lactário:

- a) com sabão e pia disponíveis para todos os funcionários = 2
- b) Apenas em algumas áreas = 1
- c) A higiene deixa a desejar = 0

34. Cozinha/lactário:

- a) Com barreira entre a área limpa e a área suja = 2
- b) Com barreira, mas não se a observa = 1
- c) Não há barreira = 0

DATA:/...../.....

SOMA =

OBSERVAÇÕES:

..... ASS.:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 AGUIAR, N. O emprego de antibióticos no hospital de Ipanema. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, v.25, n.7, p.306-307, jul. 1977.
- 2 AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION. Infection control in the hospital. Checep, USA: Am. Hsp. Ass., 1970. p.13-23
- 3 BONAMIO, N. B. A. Avaliação dos egressos dos cursos de introdução ao controle da infecção hospitalar: Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 1988. 36p.
- 4 BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, v.1, n.119, p.9273-9275, 26 jun. 1986.
- 5 _____. Manual de controle de infecção hospitalar. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985. 123p.
- 6 _____. Portaria nº 196, de 24 de junho de 1983. Brasília, 1983. mimeogr.
- 7 _____. Resolução da CIPLAN nº 03, de 25 de março de 1981. Normas para a adequação e expansão da rede de atenção à saúde nas unidades federadas. Informação para Saúde, Brasília, v.2, supl.1, p.01-40, mar. 1981.
- 8 _____. Assessoria de Comunicação Social. Plano quinquenal de saúde 1990/95: a saúde do Brasil novo. Brasília, 1991. 87p.
- 9 _____. Ministério da Saúde. Curso de introdução ao controle de infecção hospitalar. Brasília, 1985. 10 módulos.
- 10 _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, v.130, n.171, p.12279-12281, 4 set. 1992.
- 11 _____. Secretaria de Recursos Humanos. Recursos humanos para serviços básicos de saúde: formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982. 22p.

- 12 _____ . Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Manual de lavanderia hospitalar. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986. 45p.
- 13 _____ . Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Reunião de peritos para normalização do uso e reutilização de materiais médico-hospitalares descartáveis no país. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985. 19p.
- 14 BRYAN, C. S. Of soap and Semmelweis. Infection Control., New Jersey, .v.7, n.9, p.445-447, 1986.
- 15 CAVALCANTE, M. D. A.; MACHADO, E. R.; OLIVEIRA, E. Infecções hospitalares: implantação e funcionamento da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das Forças Armadas e Hospital de Base do Distrito Federal. HFA - Publicação Técnico-Científica, Brasília, v.2, n.2, p.163-175, abr./jun. 1987.
- 16 CURITIBA. Centro de Saúde Aurora. Modelo simplificado para treinamento em serviço: desinfecção em centros de saúde. Curitiba, 1988. mimeogr.
- 17 _____ . Secretaria Municipal de Saúde. Relatório do treinamento em serviço realizado no Centro de Saúde Barigui. Curitiba, 1988. mimeogr.
- 18 _____ . Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Controle de infecção em centros de saúde. Curitiba, 1987. mimeogr.
- 19 DAVIES, P. Please wash your hands. Archives of Diseases in Childhood, London, v.57, n.9, p.647-648, 1982.
- 20 DRUCKER, P. F. O novo papel da administração. São Paulo: Nova Cultura, 1986. p.05-22. (Coleção Harvard de Administração;1).
- 21 ELKIS, J. Debate sobre infecção hospitalar reúne 400 profissionais em São Paulo. LAES/HAES, São Paulo, v.6, n.6, p.57-58, ago./set. 1985.
- 22 ESMANHOTO, R.; ALMEIDA, N. P. A saúde das cidades. São Paulo: HUCITEC, 1989. 117p.
- 23 FERRARI, B. Infecção Hospitalar: a tragédia do Brasil. Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica, São Paulo, v.14, n.5, p.147-150, maio 1985.
- 24 FERRAZ, E. M.; LIMA FILHO, J. F. C. Inquérito nacional sobre infecção pós-operatória. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Rio de Janeiro, v.8, n.5, set. /out. 1981.

- 25 _____. Mortalidade e custo de infecção hospitalar no Brasil. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Rio de Janeiro, v.11, p.7-8, jul./ago. 1984.
- 26 FLORES, L. F. C.; MEDINA, R. C.; PETRILLO, V. F. et al. Infecção hospitalar em um nosocômio de Porto Alegre. Revista AMRIGS, Porto Alegre, v.22, n.1, p.18-21, jan./mar. 1978.
- 27 FUNCHS, F. D.; NASCIMENTO, L. B.; VALENTE, A. P. et al. Infecção hospitalar: apresentação de um sistema operacional de controle epidemiológico. Revista Associação Médica do Brasil, São Paulo, v.29, n.09-10, p.174-177, set./out. 1983.
- 28 FUNDAÇÃO CAETANO MUNHOZ DA ROCHA. Departamento de Serviços de Saúde Hospitalares. Normas técnicas para hospitais. Curitiba., 1989. 204p.
- 29 GARNER, J. S.; FAVERO, M. S. CDC guidelines for the prevention and control of nosocomial infections: guideline for handwashing and hospital environmental control, 1985. American Journal of Infection Control, St. Louis, v.14, n.3, p.110-112, June 1986.
- 30 GREEN, J. W.; WENZEL, R. P. Postoperative wound infections: a controlled study of the increasead duration of hospital stay and direct cost of hospitalization. Annals of Surgery, Philadelphia, v.185, n.3, p.264-268, mar. 1977.
- 31 GUIMARÃES, R. X.; CATUNDA, M. B. R.; GUERRA, C. C. C. et al. Planejamento na prevenção e controle da infecção hospitalar: parte 2. LAES/HAES, São Paulo, v.6, n.4, p.62-65, abr./maio 1985.
- 32 GUIMARÃES, R. X.; MALUVAYHI, C. H.; HAYASHI, F. et al. Infecção hospitalar: redução do consumo de antibióticos devida à ação da Comissão de Infecção Hospitalar no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. Revista Paulista de Medicina, São Paulo, v.104, n.5, p.274-279, set./out. 1986.
- 33 HALEY, R. W.; CULVER, D. H.; WHITE, J. W. et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. American Journal of Epidemiology, Baltimore, v.121, n.2, p.183-205, Feb. 1985.
- 34 _____. The nationwide nosocomial infection rate a new need for vital statistics. American Journal of Epidemiology, Baltimore, v.121, n.2, p.159-167, Feb. 1985.
- 35 HIERHOLZER Jr., W. J. Priority setting in infection control. In: WENZEL, R. P. Prevention and control of nosocomial infections. Baltimore: Williams & Wilkins, 1987. p.61-69.

- 36 HNATKO, S. I. Método para notificar infecciones en el hospital. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1975. 8p.
- 37 HOSPITAIS admitem falhas em esterilização. Folha de São Paulo, São Paulo, 11 ago. 1991.
- 38 HUTZLER, R. Infecções hospitalares. In: VERONESI, R. Doenças infecciosas e parasitárias. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976. p.574-578.
- 39 INFEÇÃO HOSPITALAR. Olho vivo, Curitiba, v.2, n.5, anexo 2, p.3, 1991.
- 40 JACKSON, M. M.; LYNCH, P. Education of the adult learner: a practical approach for the infection control practitioner. American Journal of Infection Control, St. Louis, v.14, n.6, p.257-271, Dec. 1986.
- 41 JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.247-249, jul./set. 1990.
- 42 KINGDOM, D. Infections control programs: increased role for nursing staff. Dimensions in Health Service, v.62, n.2, p.17-18, Feb. 1985.
- 43 KORBES, G. A. Programa de controle de infecção hospitalar: aumento de produtividade. Revista Gaúcha de Hospitais, Porto Alegre, v.11, n.1, p.34-38, mar. 1983.
- 44 KOTTER, J. P.; SCHLESINGER, L. A. Choosing strategies for change. Harvard Business Review, Boston, v.69, n.3, p.24, May/June 1991.
- 45 LAMARCA Jr., B. Responsabilidade legal dos hospitais. Revista Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.5, n.4, p.144-145, out./dez. 1985.
- 46 LARSON, E. Change and infection control. American Journal of Infection Control, St. Louis, v.14, n.6, p.246-249, Dec. 1986.
- 47 LEÃO, M. T. R. C. Antibióticos e o controle de infecção hospitalar. Curitiba: Scientia et Labor, 1987. 276p.
- 48 LEME, M. T. C. L. Flashes em controle de infecção. Curitiba: RELISUL, 1990. 269p.
- 49 LEON, S. P. Organizing for infection control. In: WENZEL, R. P. Prevention and control of nosocomial infections. Baltimore: Williams & Wilkins, 1987. p.56-60.
- 50 LOSSA, G. R.; VALZACCHI, B. Estimacion del costo de las infecciones hospitalarias. Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, v.101, n.2, p.134-140, ago. 1986.

- 51 MACRINA, D.; MACRINA, N. C. Utilizing health education strategies in infection control: implications for nursing. AAOHN Journal, v.34, n.8, p.388-390, Aug. 1986.
- 52 MAJOR, R. H. A history of medicine. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1954. v.1.
- 53 MARQUES, M. M.; ARAGÃO, L. G. A infecção no hospital. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, v.22, n.12, p.540-546, dez. 1974.
- 54 MILLS, T. Recursos humanos: por que toda essa preocupação agora? São Paulo: Nova Cultura, 1986, p.65-108. (Coleção Harvard de Administração; 8)
- 55 A MORTE de um presidente: a lenta agonia de um presidente. Correio de Notícias, Curitiba, 23 abr. 1985.
- 56 NEVES, J. Iatrogenia em infectologia: uma questão de educação médica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFECTOLOGIA; CONGRESSO BRASILEIRO DE INFECTOLOGIA DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA (1: 1981: Camboriú). Belo Horizonte, 1981. mimeogr.
- 57 OLIVEIRA, M. S. et al. Reflexões sobre a desinfecção hospitalar. LAES/HAES, São Paulo, v.6, n.4, p.66-68, abr./mai. 1985
- 58 OSTERMAN, C. A. The infection control practitioner. In: WENZEL, R. P. CRC Handbook of hospital acquired infections. Boca Raton: CRC Press, 1982. p.19-32.
- 59 PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde. Programa estadual de controle de infecção hospitalar. Curitiba, 1991. mimeogr.
- 60 PEREIRA, L. I. A. Avaliação do programa de treinamento de profissionais para o controle das infecções hospitalares no Estado de Goiás. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL; CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA (23: 1986: Curitiba; 4: 1986: Curitiba:). Goiânia, 1986. mimeogr.
- 61 PETERS, T. J.; WALTERMAN Jr., R. H. Vencendo a crise: como o bom senso empresarial pode superá-la. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1983. 351p.
- 62 PROCESSO no CRM apura causas da morte. Gazeta do Povo, Curitiba, 22 abr. 1987.
- 63 PROGRAMA de controle da infecção hospitalar deve avançar. Faro Fino, Curitiba, v.2, n.12, p.13-14, jan. 1992.
- 64 QUANDO as máquinas mantém a vida. Correio de Notícias, Curitiba, 16 abr. 1985.

- 65 REYBROUCK, G. Handwashing and hand disinfection. Journal of Hospital Infection, New York, v.8, p.05-23, 1986.
- 66 ROCHA, M. L. Q. Atuação dos enfermeiros nas comissões de controle de infecção hospitalar: relato de experiência. Revista Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.5, n.4, p.151-154, out./dez. 1985.
- 67 SANTOS, B. A.; PITREZ, J. L. B. Lave suas mãos. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v.58, n.5, p.259-260, maio 1985.
- 68 SARTORI, M. R. K. Atuação da comissão de controle de infecção hospitalar / seção de farmácia hospitalar na racionalização de antimicrobianos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE FARMÁCIA HOSPITALAR (1: 1990: Rio de Janeiro) Curitiba, 1990. mimeogr.
- 69 SCHAFFNER, W. The effective physician epidemiologist. In: WENZEL, R. P. CRC handbook of hospital acquired infections. Boca Raton: CRC Press, 1982.
- 70 SILVA, C. A. Panorama nacional sobre as infecções hospitalares. Revista Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.5, p.141-144, out./dez. 1985.
- 71 SILVA, C. M. Atuação da enfermeira na comissão de controle de infecção hospitalar. Revista Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.5. n.4, p.154-158, out./dez. 1985.
- 72 SIMPÓSIO SOBRE INFECÇÃO HOSPITALAR (1: 1991: Londrina, Maringá, Ponta Grossa, Pato Branco, Cascavel). Relatório. Curitiba, 1992. mimeogr.
- 73 STEERE, A.; MALLISION, G. Handwashing practices for the preventions of nosocomial infections. Annals of Internal Medicine, Philadelphia, v.83, n.5, p.683-690, 1975.
- 74 TANCREDO anuncia suas metas. Gazeta do Povo, Curitiba, 14 jan. 1985.
- 75 TANCREDO resiste bem a anestesia: sétima operação nesta madrugada: médico diz que só há 50% de chances. Correio de Notícias, Curitiba, 12 de abr. 1985.
- 76 TARALLI, M.; HUBERMAN, J.I.; MENDOZA, L. G. et al. Controle da infecção intra-hospitalar na clínica pediátrica do HSPM. Revista Paulista de Pediatria, v.4, n.13, p.62-66, 1986.
- 77 THOMPSON, R. L. Surveillance and reporting of nosocomial infections. In: WENZEL, R. P. Prevention and control of nosocomial infections. Baltimore: Williams & Wilkins, 1987. p.70-82.

- 78 TOP, F. H. ed. Control de enfermedades infecciosas en hospitales generales. Washington: Organización Panamerica de la Salud, 1970. 98p.
- 79 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Hospital de Clínicas. Histórico da C.C.I.H. - HC/UFPr. Curitiba, 1990. mimeogr.
- 80 VIGILÂNCIA sanitária interdita 17 hospitais. Faro Fino, Curitiba, v.2, n.19, p.3-4, out. 1992.
- 81 VOCÊ tem medo de se internar num hospital e pegar uma infecção hospitalar? Jornal do Estado, Curitiba, 21 de maio de 1992.
- 82 WENZEL, R. P. Nosocomial infections, diagnosis-related groups, and study on the efficacy of nosocomial infection control: economic implications for hospitals under the prospective payment system. The American Journal of Medicine, New York, v.78, p.3-7, June 1985. Suppl. 6B.
- 83 ZANON, U. Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares. Belo Horizonte, 1978. Tese de doutoramento. Universidade Federal de Minas Gerais.
- 84 ZANON, U.; MELLO, C. G.; DELGADO, M. L. et al. A profilaxia da infecção hospitalar em Curitiba. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, v.23, n.5, p.190-196, maio 1975.
- 85 ZANON, U.; NEVES, J.; AGUIAR, N. et al. Diretrizes para organização e implantação de uma comissão de controle de infecções hospitalares. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, v.27, n.4, p.115-119, abr. 1979.